

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DOCTORALE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)
INTERVENTION EN ENFANCE ET ADOLESCENCE

PAR
LOUISE-ANNE DESHAIES

TRANSITION À LA MATERNITÉ ET EXPÉRIENCE DES SOINS DES FEMMES
LESBIENNES ENCEINTES VIA LE RECOURS À LA PROCRÉATION
MÉDICALEMENT ASSISTÉE

JANVIER 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

TRANSITION À LA MATERNITÉ ET EXPÉRIENCE DES SOINS DES FEMMES
LESBIENNES ENCEINTES VIA LE RECOURS À LA PROCRÉATION
MÉDICALEMENT ASSISTÉE

PAR
LOUISE-ANNE DESHAIES

Julie Achim, directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Claud Bisailon, co-directrice de recherche

Université de Sherbrooke

Raphaële Noël, évaluatrice externe

Université du Québec à Montréal

Jeannette Leblanc, évaluatrice interne

Université de Sherbrooke

Sommaire

Au Québec, les couples lesbiens sont de plus en plus nombreux à privilégier le recours à la procréation médicalement assistée (PMA) afin de concrétiser leur projet d'enfant. Pourtant, peu d'études se sont intéressées à l'expérience de la transition à la maternité de ces femmes et à leurs besoins alors qu'elles cheminent à travers ces services. L'objectif de la présente recherche est de documenter l'expérience de l'accès à la maternité (au plan individuel, conjugal et social) ainsi que la trajectoire de soins de femmes lesbiennes enceintes qui ont choisi la PMA et le recours à un donneur inconnu pour réaliser leur projet d'enfant. L'échantillon est constitué de cinq femmes lesbiennes nullipares et enceintes suite aux procédures de PMA, actuellement en couple avec la mère sociale (soit l'un des nombreux termes utilisés dans la documentation scientifique afin d'identifier la mère non-biologique au sein des couples lesbiens [Brown & Perlesz, 2007]). de l'enfant à naître. Une entrevue semi-dirigée consacrée à la transition à la maternité et la trajectoire de soins a été réalisée auprès des participantes. Le devis de recherche utilisé est qualitatif. L'analyse des données a été faite selon une démarche de thématisation (Paillé & Mucchielli, 2013) et d'approche inductive (Blais & Martineau, 2006). La présente étude conclut que les futures mères homosexuelles rencontrées expérimentent quatre différents types de défis, soit ceux propres à la transition à la maternité, à la maternité lesbienne, le recours au traitement de fertilité et l'exposition répétée à l'hétéronormativité (c.-à-d. un système d'idéologies qui stigmatisent ou ignorent tout comportement, relation, communauté ou identité non-hétérosexuelle; Herek, 1995). Ce triple contexte pourrait constituer pour certaines un ensemble

d'épreuves à surmonter, alors que pour d'autres, il pourrait créer une surcharge de défis et engendrer de la détresse. Les recherches futures pourront documenter l'expérience de la transition à la maternité des futures mères sociales. Au plan clinique, les retombées de la présente étude permettent de dégager des indications qui pourront mener à l'élaboration de repères pour les intervenants oeuvrant en clinique de PMA et en périnatalité afin de mieux accompagner les futures mères lesbiennes dans leur transition à la maternité.

Mots-clés : Transition à la maternité, procréation médicalement assistée, homoparentalité, adaptation psychologique, trajectoire de soins, hétéronormativité, homophobie, femmes homosexuelles.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Problématique.....	6
Portrait global de l'évolution de l'homoparentalité.....	7
Évolution de la recherche portant sur l'homoparentalité.....	11
Contexte théorique.....	15
La transition à la maternité.....	16
Au plan individuel.....	17
Au plan conjugal.....	20
Au plan social.....	23
La transition à la maternité homosexuelle.....	25
Au plan individuel.....	26
Au plan conjugal.....	28
Au plan social.....	32
L'hétéronormativité : un aspect central?.....	33
La procréation médicalement assistée : procédures médicales et contexte socio-politique actuel.....	37
Contextes légal et social.....	38
L'expérience de la PMA chez les couples hétérosexuels.....	40
L'expérience de la PMA chez les couples lesbiens.....	43
Au plan individuel.....	45
Au plan conjugal.....	46
La transmission de l'histoire des origines à l'enfant.....	47
Au plan social.....	49
Objectifs de l'étude.....	53
Méthode.....	55
Démarche et approche méthodologiques.....	56
Positionnement épistémologique de la chercheuse.....	56
Démarche privilégiée.....	57
Participants.....	58
Déroulement.....	60
Instruments de collecte de données.....	61

Questionnaire sociodémographique.....	61
Entrevue semi-structurée.....	61
Analyse des données.....	63
Considérations éthiques et déontologiques.....	65
Résultats.....	66
Portrait global des résultats sous forme de cartes conceptuelles.....	67
Portrait global des résultats en fonction des différents niveaux de thématisation.....	74
Premier thème principal : les thématiques concernant la transition à la maternité.....	77
Au plan personnel.....	78
Au plan conjugal.....	82
Au plan social.....	87
Deuxième thème principal : les thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle.....	90
Au plan personnel.....	90
Au plan conjugal.....	92
Au plan social.....	104
Troisième thème principal : les thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA.....	110
Au plan personnel.....	111
Au plan conjugal.....	112
Au plan social.....	114
Quatrième thème principal : les thématiques concernant l'hétéronormativité.....	119
Perceptions quant aux attitudes des professionnels de la périnatalité envers l'homosexualité et l'homoparentalité.....	120
Modèle hétérosexuel de la maternité.....	124
Sensibilité perçue de la mère sociale à l'hétéronormativité.....	125
Adoption d'une attitude indulgente.....	125
Discussion.....	127
Rappel des objectifs de l'étude.....	128
Premier objectif : expérience et adaptation individuelle.....	129
Similarités et différences du devenir mères des femmes lesbiennes.....	129
Nécessité d'assumer son identité homosexuelle durant la concrétisation du projet d'enfant.....	131
Recherche de modèles de mères lesbiennes et de familles lesboparentales.....	132
Deuxième objectif : expérience et adaptation conjugale.....	134

Réaménagements anticipés suite à l'arrivée du bébé.....	134
Présence de nombreuses décisions spécifiques au contexte lesboparental...	135
Choix de la PMA pour concrétiser le projet de bébé.....	135
Choix d'un donneur à identité ouverte ou fermée.....	137
Choix de la conjointe qui portera l'enfant.....	137
La question du lien biologique.....	138
Représentation de soi et de la conjointe comme mères.....	140
Troisième objectif : le concept de filiation à l'enfant et transmission de l'histoire des origines.....	142
Quatrième objectif : expérience du soutien familial, social et professionnel...	144
Apport social positif.....	144
Apport social négatif.....	146
L'exposition répétée à l'hétéronormativité.....	147
Paradoxe entourant le soutien social.....	150
Perceptions des participantes quant au vécu de leurs conjointes face à l'hétéronormativité.....	151
Cinquième objectif : expérience du processus de PMA.....	152
Les particularités du contexte de PMA pour les femmes lesbiennes.....	153
La considération donnée par les cliniques de fertilité aux besoins et particularités de la situation lesboparentale.....	155
Les sentiments ambivalents ressentis par les participantes à l'égard des intervenants rencontrés.....	157
Aspects positifs.....	157
Aspects négatifs.....	158
Le deuil de l'intimité de la conception.....	159
Implications de la proximité avec les problématiques d'infertilité.....	161
Impression d'exclusion de la mère sociale.....	162
Retombées de l'étude.....	164
Forces, limites et pistes de recherches futures.....	166
Forces de l'étude.....	166
Limites de l'étude.....	167
Pistes de recherches futures.....	170
Conclusion.....	172
Références.....	177
Appendice A : Lettre de sollicitation.....	197
Appendice B : Formulaire de consentement.....	200
Appendice C : Questionnaire socio-démographique.....	206
Appendice D : Entretien semi-structuré.....	211

Liste des tableaux

Tableau

1. Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait global de la thématisation.....	75
2. Thématiques concernant la transition à la maternité : au plan personnel.....	79
3. Thématiques concernant la transition à la maternité : au plan conjugal.....	83
4. Thématiques concernant la transition à la maternité : au plan social.....	88
5. Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle : au plan personnel.....	91
6. Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle : au plan conjugal.....	93
7. Sous-thèmes concernant le choix de la PMA comme façon de concrétiser le projet d'enfant.....	97
8. Sous-thèmes concernant le choix de celle qui portera l'enfant.....	98
9. Sous-thèmes concernant le choix des critères pour la sélection du donneur....	101
10. Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle : au plan social.....	105
11. Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA : au plan personnel.....	112
12. Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA : au plan conjugal.....	113
13. Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA : au plan social.....	115
14. Thématiques concernant l'hétéronormativité.....	120

Liste des figures

Figure

1	Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait global de la thématisation sous forme de carte conceptuelle.....	68
2	Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait détaillé des thèmes sous forme de carte conceptuelle (partie 1).....	70
3	Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait détaillé des thèmes sous forme de carte conceptuelle (partie 2).....	72
4	Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait détaillé des thèmes sous forme de carte conceptuelle (partie 3).....	73

Remerciements

Tout d'abord, le plus grand des mercis à ma directrice de thèse, Julie Achim. Ton expertise, ta rigueur et ton dévouement pour mon projet ont tellement contribué à sa construction. Merci à Claud Bisaillon, ma co-directrice, qui s'est greffée à cette grande aventure et qui a été d'une fabuleuse aide. Merci à vous deux du fond du coeur.

Ouf! C'est émouvant écrire des remerciements! J'aimerais témoigner mes premiers à ma si, si, si précieuse Laura. On se répète souvent toutes les deux tout ce qu'on s'est mutuellement apporté dans les cinq dernières années : je ne serais pas celle que je suis si ça n'avait été de ta bienveillance, ta sensibilité, ton écoute et ta disponibilité à mon égard. Je chéris toutes nos discussions, réflexions, rires et séances de debrief. Merci, je t'aime.

Un gros merci à mes collègues de doctorat, avec qui j'ai vécu la plus transcendante des aventures lors des deux premières années de doc. Un merci spécial à ma Gen, d'abord collègue puis amie fidèle et brillante comme pas possible avec qui j'ai traversé tant d'épreuves. Nos différences ont contribué à la fondation de notre belle amitié ma chérie. Merci à ma québéco-péruvienne préférée, Pam. Tu resteras pour toujours la plus surprenante, chaleureuse et érudite amie – ever! Merci Ana, ma p'tite de Québec, parfois tu es loin en maudit, mais ton rire et tes p'tites manies sont jamais ben loin dans ma tête et ça, ça me fait du bien.

Plus personnellement, merci à mon Jean-Christophe qui est là depuis le début de mon parcours universitaire d'une durée d'onze ans (!). Tu as été fort et solide pour traverser toutes ces épreuves avec moi et accueillir mes séances de bonheur, d'anxiété, de détresse et de frustration! Ton calme, ton humour, ta sensibilité et tes petites attentions ont compté pour tellement dans l'accomplissement de cette thèse... Merci d'être si fier de moi. Maintenant, à nous deux les projets d'adultes!

Merci à mes deux parents, sans qui tout ceci n'aurait jamais été possible. Merci d'avoir toujours cru en moi et valorisé ma persévérance. Merci de m'avoir transmis le plaisir de travailler, créer et apprendre. Mes techniques d'organisation et mon efficacité, ça vient de vous ça! Merci pour toutes les manifestations de soutien dans cette aventure de rédaction qui est parfois bien difficile, je pense, à saisir de l'extérieur. Vos bons mots, votre fierté, votre amour, vos petits plats préparés, vos coups de fils, vos (multiples) coups de pouce financiers et services rendus au cours de ma vie universitaire sont tellement appréciés. Merci, merci.

En vrac, merci à Ariane la belle de ton soutien, de m'avoir fait décrocher avec nos sorties au St-Hubert, les fringues, les voyages et les fous rires. Merci Annie et Ani-Kim, mes soeurs-guides toujours présentes en périphérie. Merci à Gaëlle, ma grande découverte-amie-âme-soeur-spirituelle pour-toute-la-vie-promis. Merci à Audrey-Anne, rencontre insoupçonnée remplie de douceur et d'amour. Merci à ma Véro inspirante, courageuse et organisée. Merci à Marie-Clo, ma grande cousine pour qui je serai

toujours petite et c'est bien tant mieux. Merci à Mamie et Papi pour les lifts, les lunchs, les lits douille, le « prêtage » de chalet pour la rédaction, les conserves, les surprises et l'amour. Merci à Florent et Fred, mes deux petits humains sains tous spéciaux pour moi. L'amoureuse des chats que je suis termine avec un merci spécial à mes enfants félins Martine et Antoine, avec qui je ne compte plus les heures d'étude et de rédaction : vos ronrons m'ont accompagné et calmé tout au long de ce parcours. Maman xxx

Hey boy, c'est-tu vraiment fini cette thèse-là?

Introduction

Au Canada, comme dans plusieurs pays occidentaux, une augmentation des familles planifiées dans un contexte homoparental (c'est-à-dire un projet d'enfant qui se développe au sein du couple homosexuel; Francoeur, 2015) est observée. Depuis 2002 au Québec, la procréation médicalement assistée (PMA) est devenue une option légalement envisageable pour les couples lesbiens qui souhaitent fonder une famille. De ce fait, un grand nombre de couples lesbiens se tournent vers les cliniques de fertilité et ont recours aux dons de gamètes pour concrétiser leur projet d'enfant. En effet, au Québec, ces couples représentent environ 20 % de la clientèle desservie par les cliniques de PMA et utilisent 40 % des dons de gamètes mâles (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009). Ainsi, les professionnels de ces cliniques sont fréquemment amenés à intervenir auprès de cette nouvelle clientèle et l'accompagner dans la réalisation de leur projet de bébé. C'est donc dans ce contexte que plusieurs couples lesbiens vivent leur transition à la maternité.

La transition à la maternité est définie comme la période où les femmes deviennent mères pour la première fois. Elle se déroule durant la période périnatale, qui débute au moment de la prise de décision d'avoir un enfant jusqu'à ce que celui-ci ait un an. Le devenir mère a été décrit comme une phase de vie pouvant conduire à des situations de vulnérabilité, compte tenu de la présence de nombreux défis et changements auxquels les futures et nouvelles mères doivent faire face aux plans

psychologique, conjugal et social (Hamelin-Brabant et al., 2015).

Pour les couples lesbiens, cette transition à la maternité se fait dans un contexte d'homoparentalité, c'est-à-dire une configuration familiale où l'exercice de la parentalité se fait par deux personnes de même sexe, le plus souvent en couple. Or, peu d'écrits s'intéressent à la façon dont cette transition est vécue par les futures mères homosexuelles. En effet, la documentation scientifique consacrée à l'homoparentalité concerne principalement l'expérience de la maternité lesbienne – soit l'état et l'exercice de la fonction de mère auprès d'un enfant (Bos, van Balen, & van den Boom, 2003; Brewaeys, Ponjaert, Van Hall, & Golombok, 1997; Flaks, Ficher, Masterpasqua, & Joseph, 1995 ; Glazer, 2001; Wilson, 2000) plutôt que la transition à la maternité. Certains auteurs s'étant intéressés à l'expérience de la maternité lesbienne rapportent que comme cette forme de parentalité est minoritaire, les couples lesbiens qui décident de fonder une famille se confrontent à certains stéréotypes, mythes et dogmes socialement véhiculés entourant la famille (Goldberg, 2006; Gross & Bureau, 2016). Entre autres, la présence de l'hétéronormativité, définie comme un ensemble d'idéologies selon lesquelles les personnes non-hétérosexuelles sont considérées comme inférieures, a été démontrée comme fortement présente dans l'expérience sociale des femmes homosexuelles et comme une source potentielle de détresse (O'Neill, Hamer, & Dixon, 2013). En revanche, peu d'études se sont intéressées à l'impact de cette thématique sur le devenir parent des couples lesbiens.

Aussi, les travaux qui portent sur la maternité homosexuelle sont souvent effectués dans des pays peu favorables à l'homoparentalité, tels la France, l'Australie ou les États-Unis (Chapman, Wardrop, Zappia, Watkins, & Shields, 2012; Ducousso-Lacaze, 2009; Dunne, 2000; Gartrell et al., 1996; Goldberg, 2006; Gross, 2008). Or, le Canada, ainsi que le Québec, sont reconnus comme étant favorables et ouverts face au contexte homoparental. Il se peut donc que l'expérience des futures mères homosexuelles québécoises se distingue de celle des couples lesbiens d'autres nationalités et ne pas être au reflet des résultats obtenus dans les études ci-haut mentionnées.

Le recours aux techniques de procréation est un mode d'accès à la parentalité privilégié par un bon nombre de femmes lesbiennes pour concrétiser leur projet de bébé. Pour ces couples, la transition à la maternité se fait en traversant un parcours de traitements décrit comme exigeant et difficile (Canneaux, 2009). Toutefois, peu d'études se sont intéressées à l'expérience et aux besoins des futures mères lesbiennes ayant recours à la PMA. En effet, la majorité de la documentation scientifique internationale (Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010; Read et al., 2014) et québécoise (Allard & Tremblay, 2014; Bermingham, Daniluk, Newton, Takefman, & Yee, 2009; Péloquin & Lafontaine, 2010) qui traite de ces thématiques concerne principalement l'expérience des couples hétérosexuels infertiles (Achim & Noël, 2014). Or, il est possible de penser que l'expérience des femmes homosexuelles qui consultent en PMA afin de concrétiser leur projet de famille est différente de celle des couples hétérosexuels.

Pour l'ensemble de ces raisons, il apparaît donc important de s'intéresser à la façon dont ces trois types d'expériences (la transition à la maternité, le contexte homoparental et le recours aux traitements de PMA) se vivent au plan individuel, conjugal et social chez les futures mères homosexuelles.

Cette thèse est divisée en cinq sections principales. En premier lieu, le contexte théorique présente l'état actuel des connaissances au sujet de la transition à la maternité des couples lesbiens et leur expérience du recours à la PMA. Les objectifs de la présente étude y sont également introduits. En deuxième lieu, la section méthode comporte les informations relatives au cadre méthodologique utilisé, les caractéristiques de l'échantillon, ainsi que les instruments utilisés pour la collecte des données. En troisième lieu, la section des résultats présente la description des thèmes obtenus lors de l'analyse des données. Ceux-ci sont également représentés sous formes de tableaux et de cartes graphiques. Des extraits de verbatims tirés des entrevues avec les participantes permettent d'illustrer les résultats. En quatrième lieu figure la section discussion, qui est divisée en deux parties. Dans la première, les résultats obtenus sont interprétés en fonction des objectifs de recherche. Ils sont également discutés à la lumière des écrits scientifiques disponibles. Ensuite, dans la deuxième partie, les forces, limites, retombées de la présente étude et pistes d'investigation futures sont exposées. En cinquième et dernier lieu, une conclusion résume les principaux résultats et constats discutés, ainsi que leurs implications, tant au plan clinique que scientifique, et clôt la thèse.

Problématique

Depuis les dernières décennies, au Québec ainsi que dans différentes sociétés occidentales, une importante diversification des configurations familiales est observée. En effet, le modèle familial nucléaire¹ qui était auparavant la norme n'est maintenant plus qu'un modèle parmi d'autres. Plusieurs changements sociaux, notamment l'entrée des femmes sur le marché du travail, la diminution des mariages et l'augmentation des séparations conjugales et des divorces peuvent expliquer cette diversification des structures familiales. Ainsi, de nouveaux cas de figures, telles les familles monoparentales, recomposées, mais aussi homoparentales, sont apparus. Cette dernière configuration est particulièrement en croissance depuis les trois dernières décennies et peut prendre différentes formes. Face à ce nouveau phénomène, certains auteurs ont même proposé le terme « *gayby boom* », en référence au phénomène du « *babyboom* » décrit au cours des années 1990 et 2000 par certains auteurs (Clarke, 2008; Patterson, 1994; Rafkin, 1990).

Portrait global de l'évolution de l'homoparentalité

L'augmentation des familles homoparentales s'inscrit dans un contexte où des changements considérables ont été apportés aux politiques sociales et à la juridiction relative aux droits des personnes homosexuelles au Canada et ailleurs dans le monde (Francoeur, 2015). D'abord, il semble que la transformation d'une société basée sur des

¹ C'est-à-dire une famille composée d'un père, d'une mère et d'enfant(s).

valeurs religieuses en une société valorisant les droits et libertés civils a contribué à la plus grande visibilité des personnes homosexuelles et à la reconnaissance de leurs droits en matière de conjugalité et de parentalité (Tremblay & Julien, 2004). Ensuite, la légalisation du mariage entre personnes de même sexe au Canada en 2005 a autorisé plusieurs couples homosexuels à obtenir une reconnaissance de la valeur légale de leur union. À titre indicatif, le recensement canadien de 2011 a permis de constater une augmentation de 94 % des couples homosexuels mariés ou en union civile comparativement à celui de 2001 (Statistique Canada, 2015). Au Québec, l'augmentation du nombre de couples homosexuels déclarés est également très marquée, soit de 78 % (Francoeur, 2015).

Par la suite, le Québec a reconnu en 2002 la légalité pour ces couples d'adopter des enfants et la loi canadienne a permis l'accès aux traitements de procréation médicalement assistée (PMA) en 2004. Auparavant, les familles homoparentales étaient généralement issues de recombinaisons familiales (p. ex., les enfants étant nés d'une union hétérosexuelle antérieure au *coming-out* de l'un des partenaires) ou de projets de famille pluriparentale (p. ex., un couple de femmes qui s'associe à un homme ou couple d'hommes ou encore, un couple d'hommes qui s'associe à une femme pour concrétiser un projet d'enfant). Aujourd'hui, l'apparition de familles planifiées – où le projet d'enfant voit le jour dans le contexte d'une relation homosexuelle – est observée (Vyncke, Julien, Ryan, Jodoin, & Jouvin, 2008). En d'autres mots, la décision d'avoir un enfant se fait dans le cadre d'une union homosexuelle préexistante à l'arrivée du bébé.

Les couples lesbiens ou gays peuvent décider de ne pas impliquer un troisième parent (c.-à-d. familles « sans père » pour les couples lesbiens ou « sans mère » pour les couples gays) ou d'opter pour la pluriparentalité, où plus de deux adultes exercent la fonction de parent auprès de l'enfant (Vyncke et al. 2008).

Les couples qui choisissent de ne pas impliquer un troisième parent afin de concrétiser leur projet d'enfant peuvent utiliser différentes méthodes. Ils peuvent choisir d'avoir recours à l'adoption ou à plusieurs stratégies d'insémination. Celles-ci se déclinent en deux principaux types. Premièrement, l'utilisation des gamètes d'un donneur connu – c'est-à-dire un homme plus ou moins connu de l'entourage des femmes - rend possible l'insémination en contexte privé (Francoeur, 2015). Ce type d'insémination est aussi appelée « artisanale » (Côté, 2012) ou « procréation amicalement assistée » (Ryan-Flood, 2005) parce qu'elle se produit sans aide médicale. En effet, les couples de femmes qui utilisent cette technique peuvent décider d'effectuer l'insémination par relation sexuelle ou par l'injection des gamètes à l'aide d'une seringue, par exemple. Deuxièmement, les différentes techniques de PMA offertes en clinique de fertilité permettent de concrétiser le projet d'enfant grâce au recours à un donneur de gamètes inconnu. Il peut s'agir d'insémination artificielle (qui consiste à déposer les gamètes mâles d'un donneur dans l'utérus de la femme) ou de gestation pour autrui (c.-à-d. le recours à une mère porteuse; Francoeur, 2015).

Ainsi, une augmentation des familles homoparentales est observée suite à ces

différents changements socio-légaux et avancées médicales. Le recensement canadien effectué en 2011 permet de constater qu'elles sont davantage composées de mères homosexuelles que de pères homosexuels (Statistique Canada, 2015). En effet, 77 % d'entre elles sont menées par des couples de femmes alors que 22 % sont dirigées par des couples d'hommes (Francoeur, 2015). Comme le soutient Gross (2008), ces statistiques peuvent s'expliquer notamment par le fait qu'il est plus facile pour les femmes homosexuelles de devenir mère à deux que pour les hommes homosexuels qui doivent nécessairement se tourner vers la coparentalité ou la gestation pour autrui.

Les données disponibles concernant l'utilisation des services de PMA par les couples lesbiens démontrent que nombre d'entre eux ont choisi d'y avoir accès pour concrétiser leur projet d'enfant. Malgré l'absence de données statistiques décrivant le pourcentage des couples lesbiens ayant respectivement recours à l'adoption et aux différents types d'inséminations, des données issues des cliniques de fertilité indiquent que ces couples représentaient en 2009 environ 20 % de la clientèle bénéficiant de ces services et utilisaient 40 % de l'ensemble des dons de gamètes mâles (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009). Il apparaît donc important de s'intéresser à l'expérience de ces femmes qui sont de plus en plus nombreuses à devenir mères via le recours à la PMA.

Évolution de la recherche portant sur l'homoparentalité

Les différents changements sociaux entourant les droits de filiation² des personnes homosexuelles ont suscité l'intérêt de plusieurs scientifiques et ont donné lieu à différentes études. Clarke (2008) s'est intéressée à l'évolution de la documentation scientifique dans le domaine de la psychologie portant sur la maternité lesbienne. Ses travaux montrent comment l'homosexualité et la maternité ont d'abord été étudiées de manière distincte puisque ces thématiques apparaissaient incompatibles. Par la suite, comme un nombre grandissant de lesbiennes sont devenues mères et que le phénomène a gagné en importance, une redéfinition du concept de la famille a été nécessaire. C'est dans ce contexte que certains auteurs ont soutenu que la maternité devait être vue comme indépendante de l'orientation sexuelle (Hadley & Stuart, 2009).

Par ailleurs, des chercheuses québécoises se sont intéressées à l'évolution des travaux effectués sur l'expérience de la maternité lesbienne (Julien, Tremblay, Leblond de Brumath, & Chartrand, 2001). Elles ont remarqué que la documentation scientifique s'est davantage concentrée à documenter la légitimité de la parentalité homosexuelle, les décisions préalables à l'arrivée du bébé (p. ex., le choix du donneur et de la conjointe qui portera l'enfant), l'expérience de la parentalité de ces mères et le développement des enfants évoluant au sein de familles homoparentales. Plusieurs de ces études avaient pour objectif de confirmer ou infirmer des hypothèses qui suggéraient que les enfants issus des couples homosexuels présentaient d'importantes difficultés développementales

² Soit le lien de parenté qui unit un individu à ses ascendants. La filiation peut être légale, sociale ou biologique.

(Vecho & Schneider, 2005). En effet, des inquiétudes entourant le fait que les enfants issus de familles homoparentales auraient une moins bonne santé psychologique et seraient moins heureux étaient socialement véhiculées (Lambert, 2005). Or, une revue de la documentation scientifique des trente dernières années réalisée par Vecho et Schneider (2005) et traitant du développement des enfants nés et élevés en contexte homoparental conclut que ces enfants ne présentent pas de plus grandes vulnérabilités que les enfants issus de familles hétérosexuelles. Ces constats ont ensuite été corroborés par plusieurs méta-analyses réalisées à partir d'une centaine d'études qui se sont intéressées aux mêmes variables et qui démontrent qu'aucune différence significative n'est observée au plan du développement émotionnel, cognitif, social et sexuel des enfants élevés en familles homoparentales comparativement à celui d'enfants issus de familles hétérosexuelles (Fond, Franc, & Purper-Ouakil, 2012; Rosenfeld, 2010; Tasker, 2005; Wainright & Patterson, 2006).

Toutefois, certains auteurs se sont questionnés quant à la représentativité des échantillons des études menées auprès des familles homoparentales rapportées dans ces méta-analyses (Redding, 2008; Regnerus, 2012). Les échantillons seraient relativement petits et non-randomisés, rendant difficile la transférabilité des résultats à l'ensemble de cette population. C'est dans ce contexte qu'une récente recherche a été effectuée auprès de 2 988 jeunes adultes élevés au sein de familles américaines hétérosexuelles, homoparentales (mères lesbiennes ou pères gays), monoparentales et recomposées, s'intéressant au développement des enfants (Regnerus, 2012). Les résultats obtenus

apportent une nuance importante à ceux qui émergent des différentes méta-analyses présentées ci-haut (Rosenfeld, 2010; Tasker, 2005; Vecho & Schneider, 2005; Wainright & Patterson, 2006). En effet, les résultats de Regnerus (2012) suggèrent que l'orientation sexuelle des parents n'affecte pas leurs capacités parentales, mais que la réalité dans laquelle l'exercice de ces capacités a lieu – c'est-à-dire un contexte souvent marqué par le manque de soutien de la part de la famille élargie, la présence de stress issu de l'exposition à la stigmatisation, le peu ou de manque de reconnaissance légale du lien parental ou amoureux – peut avoir un effet négatif sur le développement des enfants. Ces hypothèses s'inscrivent dans la même lignée des travaux qualitatifs et longitudinaux de Golombok (2005) sur le développement des enfants issus de dons de sperme en Grande-Bretagne et grandissant dans des familles de parents hétérosexuels infertiles, couples de femmes lesbiennes ou de mères seules. L'auteure suggérait déjà que le développement et l'adaptation de ces enfants n'étaient pas affectés par l'orientation sexuelle et le nombre de parent mais plutôt par la présence conflits et stressseurs familiaux ou l'absence de réseau social. Ces variables méritent donc une attention particulière en ce qui a trait à l'étude de l'expérience de l'homoparentalité.

À ce jour, peu de recherches se sont intéressées à l'expérience de la transition à la maternité des femmes lesbiennes. En effet, comme le souligne Goldberg (2006), les études menées jusqu'ici ne tiennent pas compte de la manière dont les futurs parents homosexuels vivent le devenir parent. Bien que certains cliniciens aient proposé des réflexions issues de leurs observations cliniques de couples de femmes lesbiennes en

voie de devenir mères, peu d'études empiriques en ont fait leur principal objet d'étude.

Contexte théorique

Dans ce premier chapitre de la thèse, une recension de la documentation clinique, théorique et scientifique concernant le concept de transition à la maternité est d'abord détaillée. Les écrits traitant du devenir parent en contexte homoparental sont ensuite abordés. Le contexte particulier que représente le recours à la PMA afin de devenir parent ainsi que les différentes techniques qu'il implique sont également décrites. Les écrits scientifiques portant sur la transition à la maternité des femmes homosexuelles via le recours à la PMA sont finalement présentés. La section se termine avec la présentation détaillée des objectifs et questions de recherche de l'étude.

La transition à la maternité

La notion de transition permet de parler de périodes de changements importants au cours d'une vie humaine : parce qu'elle change, la personne vit une forme de rupture dans la continuité de son existence et doit s'adapter à de nouvelles situations qui se présentent à elle (Perret-Clermont & Zittoun, 2002). Ces changements amènent la personne à redéfinir son identité, acquérir de nouvelles connaissances et compétences sociales, cognitives et pratiques, à donner du sens à ces nouveaux acquis ainsi qu'à la transition elle-même et finalement, à occuper une nouvelle place dans l'espace social. Dans le cas de la transition à la parentalité, il s'agit d'intégrer de l'information concernant la grossesse, l'accouchement et l'exercice de la parentalité, mais également de traverser des phases émotionnelles parfois inattendues qui constituent le fait

d'attendre un enfant pour la première fois (Zittoun, 2001).

En fait, la grossesse est l'un des événements les plus complexes de la vie humaine (Brockington, 1996). Lorsqu'elle arrive pour la première fois dans l'existence d'une femme, elle représente une transition majeure. La période périnatale propre au devenir mère correspond à une crise à la fois somatique et psychique (Lessik, Woodring, Naber, & Halstead, 1992; Rogers 1997). En devenant mère, la jeune femme traverse un moment évolutif fondamental qui l'amène à redéfinir son identité et accéder au statut de mère (Nanzer 2009; Pola, 1999). À ce moment, plusieurs défis et remaniements se déploient dans trois différents types d'espaces, soit individuel, conjugal et social.

Au plan individuel

Dans leur recension des écrits portant sur les besoins et interventions psychologiques en périnatalité, Nezelof, Ropers et Duquet (2006) dressent un portrait historique de la documentation clinique consacrée à la psychologie périnatale. En 1858, le médecin français Louis-Victor Marcé s'est intéressé aux troubles psychiatriques des femmes enceintes et a publié le « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ». Plus d'un siècle plus tard, l'intérêt pour la périnatalité amène le psychiatre français Racamier et ses collègues (1961) à étudier les troubles psychiques parentaux et la problématique du lien mère-nourrisson. Environ à la même époque, la psychanalyste et chercheuse d'origine hongroise Benedek (1956, 1959) a été la première à étudier les processus intrapsychiques propres au devenir parent. Elle a,

entre autres, mis en lumière le fait que la maternité représente une période de développement importante au plan psychique. L’auteure a documenté le remaniement identitaire observé chez la future mère ainsi que l’activation de processus d’identification projective parentale³ entre le bébé et sa propre mère.

Depuis, de nombreux auteurs ont défini et caractérisé l’état particulier du psychisme de la future mère au moment de la grossesse. Dans ses travaux cliniques effectués auprès de femmes enceintes, Bydlowski (1997) s’est intéressée à documenter cet état qu’elle a nommé la *transparence psychique*. Durant la période périnatale, l’auteure observe une levée du refoulement, alors que des contenus auparavant inconscients deviennent plus facilement accessibles à la conscience de la future mère. Par la suite, d’autres auteurs s’étant intéressé à cette thématique (Ammaniti, 1991; Bayle, 2008; Bennett, Lefcourt, Haft, Nachman, & Stern, 1994; Missonnier, 2013) ont également noté une plus grande aisance chez ces femmes à aborder leurs identifications à leurs propres parents. De plus, une résurgence de conflits archaïques se présente à la conscience de la future mère avec moins de censure, comme ceux concernant la vie et la mort, ainsi que les limites entre l’intérieur et l’extérieur. De manière générale, les femmes enceintes apparaissent plus ouvertes à la remémoration et la ré-élaboration de souvenirs infantiles ainsi qu’aux sentiments qui y sont rattachés. Ceux-ci sont souvent de l’ordre de la nostalgie et de la tristesse, car ils peuvent être reliés à un processus de deuil

³ Mécanisme selon lequel le parent peut identifier son enfant à celui qu’il a été et s’identifier lui-même comme le parent idéal dont il a manqué ou, à l’inverse, identifier son enfant à ses parents et lui-même à l’enfant qu’il était (Zamansky, 2007).

et de renoncement de la position d'enfant qu'elles doivent quitter pour devenir parent (Bergeret-Amselek, 1996; Lebovici, 1988). Par ailleurs, des inquiétudes sont également observées chez les futures mères au sujet de la viabilité du bébé et de la présence chez lui d'anomalies génétiques ou développementales (Missonnier, 2013). Certaines sont aussi préoccupées par les modifications qui s'opèrent dans leurs corps et sont aux prises avec un sentiment d'intrusion avec l'expansion graduelle du fœtus (Nanzer, 2009). Les écrits psychanalytiques de Freud (1926) sur la conflictualité psychique permettent de donner sens à ces préoccupations, qui peuvent être comprises comme d'une traduction d'une ambivalence normale de la mère face à l'angoisse que peut susciter l'arrivée de son bébé.

Un enjeu central à la transition à la maternité est celui du changement de génération (Mokrani, Ducroix, & Vacheron, 2012). Lebovici (1983) met l'accent sur le fait que le devenir mère implique une série de changements psychiques puisque le monde interne de la jeune adulte est confronté à un *deuil du développement*. Celui-ci est composé de deux tâches différentes : le renoncement à la position d'enfant occupée jusqu'ici et l'identification aux parents afin de façonner sa propre identité maternelle. Cette nouvelle identification se fait par l'exercice de la parentalité, c'est-à-dire l'identification à des cadres de référence qui lui permettront de se développer en tant que mère de famille (Delion, 2010). Ces cadres de références impliquent un savoir, savoir-être et savoir-faire au sujet de la parentalité et permettent d'orienter la future mère dans

la définition de son identité parentale (p. ex., Quels sont ses droits? Ses devoirs? Quelle place a-t-elle dans la généalogie de sa propre famille?).

Ainsi, l'ensemble des travaux cliniques tend à montrer que la transition à la maternité semble vécue comme une véritable métamorphose par la future mère. Tel que mis en lumière par Hamelin-Brabant et al. (2015), ces auteurs s'entendent pour qualifier cette période comme en étant une de vulnérabilité, car elle peut compromettre l'équilibre psychique et la santé mentale des futurs parents. En effet, comme le soulignent Perret-Clermont et Zittoun (2002), les périodes de transition peuvent être vécues comme une crise maturative, où la personne peut se développer ou, à l'inverse, vivre une rupture dans son fonctionnement.

Au plan conjugal

La transition à la parentalité est l'un des plus grands défis qu'un couple rencontrera au cours de sa vie. Alors que les partenaires accèdent à un nouveau statut et assistent à la naissance de leur famille, l'équilibre conjugal se trouve ébranlé (Lemoine-Luccioni, 1976). Les jeunes parents doivent notamment apprendre à réorganiser le temps et l'énergie qu'ils sont en mesure de consacrer à la famille, au couple, au travail et à leurs propres besoins tout en gérant la fatigue inhérente au fait de s'occuper d'un nourrisson (Svensson, Barclay, & Cooke, 2006). Dès la grossesse, une nouvelle dimension de la relation entre les futurs parents se développe. Elle devient à la fois conjugale (soit le lien amoureux qui les unit) et coparentale. Cette dernière

caractéristique est définie comme le soutien que la mère et le père s'apportent mutuellement dans leurs rôles de parents (McHale, 1995). Alors que les futurs parents se préparent à passer d'un fonctionnement dyadique à triadique, de nombreux facteurs déterminent la fluidité de cette transition. Dans le cadre de son étude longitudinale menée auprès de 51 familles et portant sur les réaménagements de la relation de couple en période de transition à la parentalité, Favez (2013) recense les travaux effectués dans le domaine. L'auteur met de l'avant cinq principaux facteurs nécessaires à la construction d'un lien de coparentalité positif. Ceux-ci sont la qualité de la relation conjugale (Frascarolo, Darwiche, & Favez, 2009), l'engagement paternel (Frascarolo, 1994), la réaction positive des mères à l'engagement paternel (Allen & Hawkins, 1999), les représentations sociales positives de leurs rôles réciproques (Hackel & Ruble, 1992) et les caractéristiques de personnalité facilitantes comme le tempérament peu anxieux (Belsky, Putnam, & Crnic, 1996). Favez (2013) conclut ainsi que :

(...) Lorsque les parents arrivent à constituer une bonne alliance durant la grossesse (avec une bonne coopération et des échanges émotionnels positifs), la probabilité est très élevée que l'alliance demeure élevée après la naissance; a contrario, les difficultés déjà présentes durant la grossesse se retrouvent durant les années suivantes avec des conséquences sur le développement de l'enfant, constatées à l'âge scolaire. (p. 81)

Ainsi, la constitution du lien de coparentalité semble au cœur de la transition à la parentalité du couple puisqu'elle contribue de manière importante à l'adaptation de la future famille et au développement socio-affectif de l'enfant (Favez, Frascarolo, & Fivaz-Depeursinge, 2006; Stern, 1997). Les résultats de Favez (2013) illustrent qu'il est

possible de détecter, dès la grossesse, les dynamiques relationnelles coparentales problématiques puisqu'elles tendent à être relativement stables dans le temps en l'absence d'intervention thérapeutique.

Avec l'avènement de la grossesse, les parents sont amenés à imaginer et construire leurs nouveaux rôles parentaux et coparentaux. Dans leurs travaux portant sur le cycle de vie conjugale, Füller et Fincham (1994) soulignent comment les rôles préalables à la grossesse peuvent influencer la détermination des nouveaux rôles dans la relation coparentale. En ce sens, ces rôles antérieurs peuvent servir de repères pour les futurs parents (p. ex., qui s'occupe des tâches ménagères? de la planification financière?). Par ailleurs, les études menées auprès des couples hétérosexuels rapportent une tendance selon laquelle les mères s'occupent des soins alimentaires et du réconfort de l'enfant, tandis que les pères prennent plutôt en charge les activités ludiques et les loisirs de l'enfant (Bouissou & Bergonnier-Dupuy, 2004; Cicchelli, 2001).

Pour conclure, les changements importants (p. ex., réaménagement du temps accordé à la famille, au travail et aux loisirs et le développement d'un lien de coparentalité) qui prennent place au sein du couple durant l'expérience du devenir parent s'ajoutent à ceux vécus de manière individuelle chez chacun des futurs parents. Il apparaît important de s'attarder à la manière dont ces différents changements s'harmonisent ou pas entre les parents. L'étude quantitative longitudinale de McHale et ses collaborateurs (2004) menée auprès de 50 couples de parents à trois mois de post-

partum s'est penchée sur cette question. Les résultats démontrent que les couples qui ont peu confiance envers les compétences parentales de chacun évaluent leur relation à leur bébé de manière pessimiste (p. ex., jugent que le bébé a un tempérament difficile, rapportent une relation parent-enfant peu gratifiante).

Au plan social

Il se dégage de la documentation scientifique que le soutien social est largement reconnu comme étant un facteur de protection clé face aux stressseurs associés à la transition à la parentalité (Carter & McGoldrick, 1996; Hamelin-Brabant et al., 2015). Une étude quantitative menée auprès de 199 femmes enceintes conclut qu'un soutien social adéquat semble jouer un rôle significatif auprès des futures mères, qui sont en recherche de réassurance et de normalisation de leur expérience (Gebuza, Kazmierczak, Mieczkowska, Gierszewska, & Kotzbach, 2014). Par ailleurs, le manque de soutien social est, parmi l'ensemble des variables psychosociales, le facteur systématiquement associé à la présence de détresse psychologique chez les mères en période postnatale (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). Plus précisément, la revue de la documentation empirique traitant des vulnérabilités des futurs parents d'Hamelin-Brabant et ses collaborateurs (2015) montre de quelle façon un soutien social perçu comme faible par les futures mères est associé à un sentiment d'inefficacité maternelle, à la présence de détresse psychologique, à des sentiments négatifs (frustration, solitude et tristesse) ainsi à qu'une perception d'incapacité à s'occuper du nouveau bébé. La présence et la qualité du soutien social sont donc primordiales afin

d'assurer l'adaptation des futurs parents à la transition à la parentalité (Fahey & Shenassa, 2013).

En revanche, tout type de soutien n'est pas équivalent. En effet, les études tendent à démontrer que c'est le soutien tel que subjectivement perçu (c.-à-d. le jugement que se fait l'individu à l'égard de la disponibilité de son entourage et la satisfaction qu'il retire de ce soutien) plutôt que le soutien objectivement offert qui est lié au bien-être et à la santé des futurs parents (Bruchon-Schweitzer, 2001; Tarquino, Costantini, & Fischer, 2002). Il est possible de penser que comme d'importants remaniements se produisent tant au niveau intrapsychique que conjugal, les futurs parents sont particulièrement vulnérables et donc sensibles au type de soutien qui leur sera apporté et à la qualité de celui-ci. D'un point de vue empirique, les études consacrées à la compréhension des besoins des parents en période périnatale démontrent que les futurs parents souhaitent un accompagnement souple, de proximité, sans jugement, offert par des personnes qui partagent une expérience similaire à la leur (Hamelin-Brabant et al., 2015).

À cet égard, Stern (1997) a élaboré le concept de la *constellation maternelle*, concept qui offre une compréhension des besoins psychiques et relationnels des femmes en transition à la maternité. L'auteur souligne de quelle façon ces femmes recherchent le partage d'expériences et la proximité relationnelle d'autres femmes de leur entourage qui ont déjà accédé à la maternité. Comme elles peuvent rapidement être inondées

d'informations factuelles et parfois contradictoires, les futures mères seraient davantage à la recherche d'un soutien axé sur le savoir-être que d'une expertise axée sur le savoir-faire (Capponi & Horbacz, 2008). À contrario, ces différents conseils peuvent être vécus comme une forme d'empiètement par les futurs parents, car ils sont offerts au détriment du savoir-être maternel (Capponi & Horbacz, 2008).

Ainsi, le soutien social contribue à l'adaptation des futures mères. Lorsqu'il est suffisant et satisfaisant, il peut aider les femmes enceintes à élaborer les enjeux intrapsychiques précédemment présentés, notamment l'expression de leurs inquiétudes et peurs ou la clarification de leurs perceptions envers elles-mêmes en tant que mère et envers leur enfant à naître (Capponi & Horbacz, 2008). Lorsqu'il ne l'est pas, il peut contribuer à accentuer la détresse des futures mères alors qu'elles traversent une étape de vie durant laquelle une augmentation du stress est relevée (Goldstein et al. 1996) et potentiellement dépressogène car des deuils (p. ex., renoncer à la position de femme sans enfant, différents changements du quotidien) sont à élaborer (Boukhalfa, 2014).

La transition à la maternité homosexuelle

Peu d'études se sont intéressées à la transition à la maternité des femmes lesbiennes. Toutefois, certains travaux qui s'y sont consacrés soulignent que la réalisation du projet de bébé est marquée par la nécessité pour les couples lesbiens de prendre plusieurs décisions (Chabot & Ames, 2004; Donovan & Wilson, 2008; Gartrell et al. 1996; Goldberg & Smith, 2008; Leblond de Brumath & Julien, 2007; Tourni &

Coyle, 2002). Pour ceux qui n'ont pas recours à l'adoption, il s'agit de choisir le type de gamètes mâles utilisé (celles d'un ami ou d'un donneur inconnu), la nature de l'insémination à privilégier (soit artisanale ou médicalement assistée), la partenaire qui portera l'enfant et la place du donneur dans la future famille. Ces décisions s'ajoutent aux enjeux précédemment identifiés dans la section portant sur la transition à la maternité. Elles sous-tendent différentes thématiques qui sont ici conceptualisées selon les trois mêmes axes d'expérience, soit individuelle, conjugale et sociale.

Au plan individuel

Dans un article synthétisant la documentation scientifique consacrée aux couples lesbiens en période périnatale, Ross (2005) a dressé un portrait des facteurs de risque et de protection pour la santé mentale des femmes homosexuelles en période de périnatalité. Cette recension des écrits suggère que les femmes lesbiennes accédant pour la première fois à la maternité seraient plus à risque de développer une dépression postnatale comparativement aux mères hétérosexuelles puisque soumises à davantage de stressseurs externes (p. ex., manque de soutien social, exposition à l'homophobie).

Des recherches qualitatives ont été réalisées afin d'identifier des repères cliniques au sujet des processus intrapsychiques activés chez les futures mères homosexuelles françaises et belges (Ducouso-Lacaze, 2009; Ducouso-Lacaze & Grihom, 2010; Fraure-Pragier, 2010; Naziri & Dargentas, 2011). Ces travaux proposent que la réactualisation et l'élaboration d'enjeux intrapsychiques des futures mères

homosexuelles sont de même nature que ceux observés chez l'ensemble des futurs parents. Ainsi, la résurgence de conflits archaïques et de souvenirs infantiles (Faure-Pragier, 2010), le renoncement à la position d'enfant (Ducousso-Lacaze & Grihom, 2010), la réélaboration des relations aux figures parentales (Ducousso-Lacaze & Grihom, 2010), la construction de l'identité de parent (Du Chesne & Bradley, 2007) ainsi que la présence d'inquiétudes à l'égard du développement de l'enfant et des réaménagements apportés par l'arrivée du bébé dans le couple (Fraure-Pragier, 2010; Naziri & Dargentas, 2011) – précédemment détaillés dans la section portant sur la transition à la maternité – seraient également observés chez les futures mères lesbiennes.

Par ailleurs, les auteurs belges Naziri & Feld-Elzon (2012) ont proposé une compréhension des processus psychiques spécifiquement impliqués dans la transition à la maternité lesbienne chez les femmes ayant recours à l'insémination artisanale ou la PMA à partir d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de ces femmes (p. ex., le sens que prend le recours à un donneur et celui que revêt les particularités de la filiation homoparentale). En effet, les auteures soulignent comment, de prime abord, les couples lesbiens semblent choisir la PMA et le recours à un donneur inconnu pour ne pas impliquer de tiers dans la réalisation de leur projet d'enfant. Or, elles constatent que l'utilisation même de ces services de fertilité semble impliquer en soi le recours à un tiers, avec lequel le couple doit composer. De plus, la future famille devra jongler avec la triple filiation – à la fois aux deux mères et au donneur – qui unit les membres. Dès lors, ces chercheuses ont suggéré que différentes réflexions et réaménagements

s'articulent au plan conjugal.

Au plan conjugal

La recension des écrits permet d'identifier de nombreuses thématiques qui se vivent et s'élaborent au sein des couples lesbiens qui désirent être parents. Ces thématiques concernent le sens que prend pour ces couples la nécessité d'avoir recours à un donneur et le choix du type d'insémination (Dempsey, 2010; Descoutures, 2010; Naziri, 2011; Naziri & Feld-Elzon, 2012; Thompson, 2005), les particularités de la filiation homosexuelle (Gratton, 2007; Grihom & Ducoussou-Lacaze, 2009; Jones, 2005), le choix de la partenaire qui portera l'enfant (Goldberg, 2006; Leblond de Brumath & Julien, 2007) et finalement, la co-construction et l'harmonisation des identités parentales des partenaires (Hequembourg & Brallier, 2009; Nordqvist, 2012).

Tout d'abord, la concrétisation du projet de bébé amène les futures mères à réfléchir au sens que prend le recours au donneur pour elles. Comme plusieurs possibilités leur sont accessibles, ce sens peut varier selon la configuration familiale choisie par les conjointes. En effet, alors que certaines souhaitent adopter (à l'international ou à partir de banques mixtes de la Direction de la Protection de la Jeunesse), d'autres choisissent plutôt d'avoir recours à un donneur connu (issu de leur entourage immédiat ou éloigné) ou à un donneur inconnu (via les banques de sperme; Francoeur, 2015). Le choix de l'une ou l'autre de ces configurations familiales est sous-tendu par des réflexions concernant les questions de filiation et de conception de leur

projet de bébé : l'une des femmes sera-t-elle liée biologiquement au bébé alors que l'autre non? Si oui, laquelle? Comment les conjointes conçoivent-elles le rôle et la place du donneur? Représentera-t-il un troisième parent de l'enfant, une figure plus ou moins significative de l'entourage de l'enfant, une personne absente de sa vie ou encore une personne non-existante puisque représentée comme un matériel génétique ayant contribué à sa conception? Des études qualitatives internationales effectuées en Australie, France, Belgique et Grande-Bretagne dans les domaines de la psychanalyse et de l'éthique observent différentes positions chez les couples lesbiens face au donneur. En effet, alors que certaines femmes souhaitent que le donneur, lorsqu'il est connu, participe à l'éducation de l'enfant et fasse donc office d'un troisième parent, d'autres préfèrent qu'il n'ait aucun rôle parental (Dempsey, 2010; Descoutures, 2010; Naziri, 2011; Nordqvist, 2011; Thompson, 2005). Les femmes qui choisissent la première option (donneur connu), mais qui ne souhaitent pas que celui-ci participe à l'éducation de l'enfant sont souvent inquiètes qu'il en revendique les droits, surtout dans des pays où la mère sociale n'est pas légalement reconnue comme étant la mère de son enfant (Dunne, 2000; Goldberg & Allen, 2013; Touroni & Coyle, 2002). Cette inquiétude peut également être expliquée par l'une des particularités de la filiation des familles homoparentales, qui est définie comme « non-conventionnelle » puisqu'elle ne repose pas exclusivement sur des assises biologiques et qu'elle nécessite le recours à une tierce personne pour se concrétiser (Delaisi de Parseval, 2006; Dunne, 2000; Gratton, 2007; Grihom & Ducouso-Lacaze, 2009; Gross, 2006; Lebrun, 2009; Naziri, 2011). Par exemple, un couple qui choisit le recours à l'insémination choisit aussi qu'une mère sera

biologiquement liée à l'enfant et l'autre non. Ainsi, en réalisant leur projet de bébé, les femmes homosexuelles doivent redéfinir la place qu'elles accordent à la biologie au sein des liens parents-enfants. Il est possible de poser l'hypothèse ~~penser~~ que la confrontation avec cette réalité peut susciter différentes réflexions ou réactions chez les futures mères homosexuelles.

Certains pays ont mis en place une juridiction favorable aux familles homoparentales afin de faciliter et légitimer les filiations « non-conventionnelles », notamment la Belgique, la Grande-Bretagne, le Canada, ainsi que certains pays scandinaves tels que le Danemark, la Suède et la Norvège. Dans ces contextes, le désir, la volonté et l'engagement parental sont les fondements du droit de la famille (Côté, 2012). Le parent est donc l'individu ayant l'autorité reconnue pour élever un enfant, qu'il l'ait engendré ou non. Nordqvist (2012) s'est intéressé à mieux comprendre la façon dont les couples lesbiens britanniques conceptualisent leurs identités parentales et le recours au don de gamètes. Les résultats obtenus suggèrent que les couples lesbiens donnent sens à leur projet d'enfant par l'amour conjugal et l'intimité relationnelle qu'ils partagent et le fort désir d'être parents. De ce fait, le chercheur observe une mise à distance des aspects biogénétiques et de la reproduction sexuelle dans leurs conceptualisations de leur famille. Selon Naziri (2011), les futures mères homosexuelles tentent plutôt de faire un compromis entre les filiations dites biologique et sociale. Cette dialectique semble centrale aux réflexions des couples lesbiens au sujet de leur filiation à l'enfant. En effet, dans son approche psychanalytique de la maternité lesbienne,

l’auteure relève :

L’apparition [de la question de l’héritage génétique et de la ressemblance physique] révèle aussi l’importance que les femmes homosexuelles peuvent accorder aux liens biologiques alors qu’elles s’inspirent a priori dans une logique qui légitime le fondement de leur projet familial sur la base de la primauté des liens affectifs et sociaux constituant la famille. (p. 119)

En choisissant le recours à l’insémination afin de concrétiser leur projet d’enfant, les couples lesbiens doivent choisir laquelle des futures mères portera l’enfant. Les études empiriques effectuées sur la question rapportent que deux principales variables orientent cette prise de décision : le revenu financier et le désir de grossesse. En effet, les études démontrent que les mères biologiques ont un revenu plus faible que les mères sociales (Chabot & Ames, 2004; Guizzardi, 2016) et présentent un désir de grossesse plus grand que leur partenaire (Fossoul, D’Amore, Miscioscia, & Scali, 2013; Goldberg, 2006; Leblond de Brumath & Julien 2007; Lenie, Beatens, & Ponjaert-Kirstoffersen, 2005; Reinmann, 1998).

Finalement, le fait de fonder une famille menée par deux femmes amène les partenaires à discuter de la façon dont elles s’imaginent comme mères et souhaitent répartir les responsabilités parentales. Or, il est possible que la construction de l’identité maternelle et des rôles respectifs se fasse en marge des conventions sociales. En effet, comme le mentionnent Hequembourg & Farrell (1999), les futures mères homosexuelles – plus précisément les mères sociales – ne fondent pas une famille sur des représentations socialement véhiculées où la maternité est obtenue suite à une grossesse,

un accouchement et l'allaitement du bébé. Toutefois, peu d'études empiriques se sont intéressées à la façon dont ces couples réfléchissent à ces aspects. Il apparaît donc important de s'y attarder.

Au plan social

Il a été démontré que la réalisation du projet d'enfant peut précipiter le dévoilement de l'orientation sexuelle des femmes à leur entourage lorsqu'il ne l'a pas été auparavant fait (Chapman et al., 2012). Une étude longitudinale américaine menée auprès de 84 couples lesbiens s'est intéressée à cette question du dévoilement (Gartrell et al., 1996). Les résultats indiquent que la majorité des femmes rencontrées avait déjà dévoilé leur orientation sexuelle à leur famille et entourage et celles-ci ont rapporté un niveau élevé de soutien social, ce qui rend favorable l'élaboration d'un projet de maternité. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Goldberg (2006) qui, dans le cadre d'une étude à devis mixte portant sur l'expérience de 29 femmes américaines homosexuelles enceintes via le recours à la PMA, observe que les futures mères rapportent une augmentation du soutien social au moment de concrétiser leur projet d'enfant. Toutefois, ces résultats diffèrent de ceux obtenus dans une autre étude américaine, qui démontre que ce soutien s'avère peu présent pour les couples lesbiens qui ont choisi de concrétiser leur projet d'enfant (DeMino, Appleby, & Fisk, 2007). Les femmes de cette étude ont rapporté avoir pu se sentir rejetées par la communauté homosexuelle qui leur reprocherait de chercher à reproduire le modèle hétérosexuel en décidant de fonder une famille; d'autres ont affirmé ne pas se sentir

soutenues dans leur projet parental par leur famille. Compte tenu de ces résultats contradictoires, il apparaît nécessaire de poursuivre l'exploration de la thématique du soutien social chez les futures mères homosexuelles, d'autant plus que ces résultats pourraient différer de ceux obtenus au Québec, puisque le contexte social y est plus favorable à la maternité lesbienne qu'aux États-Unis.

Le processus de dévoilement de l'orientation sexuelle en contexte d'homoparentalité évoque la notion de *coming-out*, où l'individu informe volontairement son entourage de son orientation sexuelle. Chez les personnes homosexuelles, cette période du *coming-out* a été documentée comme suscitant une peur du jugement ou du rejet de la part de leur entourage (Bonet, Wells, & Parsons, 2007; D'Augelli, 2002). Il est possible de penser que le manque de soutien de la part de l'entourage au moment de dévoiler le projet de bébé peut être particulièrement douloureux pour les futures mères homosexuelles. Cependant, alors que durant la grossesse le soutien perçu serait moindre, Goldberg et Sayer (2006) observent que l'arrivée du bébé et sa rencontre avec l'entourage du couple diminueraient les sentiments négatifs à l'égard de leur projet parental. Certains chercheurs ont ainsi suggéré que l'arrivée du bébé pourrait rapprocher les femmes homosexuelles de leur famille (Julien & Vyncke, 2005).

L'hétéronormativité : un aspect central? En ce qui concerne l'expérience sociale des femmes homosexuelles en voie de devenir mère, un aspect important

apparaît être l'exposition à l'hétéronormativité. Cette notion se définit par un système d'idéologies qui stigmatisent ou ignorent tout comportement, relation, communauté ou identité non-hétérosexuelle (Herek, 1995). Concrètement, l'hétéronormativité se reconnaît par l'adoption de conduites, valeurs ou croyances présumant que tous les individus sont hétérosexuels. En contexte de parentalité, le modèle hétérosexuel est présumé supérieur à d'autres modèles de familles existants, comme s'il était garant de la santé, l'équilibre, la norme et la fonctionnalité des relations familiales (D'Amore, 2012).

Le phénomène de l'hétéronormativité dans le contexte de la maternité homosexuelle a été largement documenté par les chercheurs issus des domaines de la sociologie (Descoutures, 2008a, 2008b; Dunne, 2000), des sciences infirmières (Buchholz, 2000; Cherguit, Burns, Peetle, & Tasker, 2012; Larsson & Dykes, 2009; Lee, Taylor, & Raitt, 2010; McManus, Hunter, & Renn, 2006; Røndhal, Bruhner, & Lindhe, 2009; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001) et de la psychologie (Bos et al., 2003; Gartrell et al., 1996; Glazer, 2001; Ross, 2005; Trettin, Moses-Kolko, & Wisner, 2005). Les résultats obtenus par Gartrell et ses collaborateurs (1996) dans le cadre d'une étude longitudinale consacrée à l'expérience de la transition à la maternité de 84 mères lesbiennes semblent particulièrement intéressants, car ils montrent que ces dernières seraient confrontées à davantage d'hétéronormativité comparativement aux femmes lesbiennes qui n'ont pas d'enfant. Les auteurs suggèrent que le projet de bébé remet en cause des paramètres fondamentaux du modèle familial traditionnel et suscite plusieurs

réactions de la part de la famille et de l'entourage des futures mères. En effet, Hequembourg et Farrel (1999) rappellent qu'il est en quelque sorte attendu qu'une mère soit hétérosexuelle et qu'elle porte et donne naissance à son enfant. La réalité des couples lesbiens diffère donc de cette norme puisque la mère sociale accède au statut de mère sans avoir traversé ces étapes. En effet, Descoutures (2010) évoque plusieurs « agents de la norme hétéronormative » (c.-à-d. milieux médicaux, religions, écoles) qui peuvent constamment rappeler aux mères homosexuelles que leur famille ne s'inscrit pas dans la norme, notamment par l'utilisation exclusive des termes *père* et *mère* durant les cours prénataux ou dans les formulaires officiels (Cherguit et al., 2012).

Dans leur étude qualitative menée auprès de huit mères lesbiennes néozélandaises et s'intéressant à l'expérience des soins en clinique de périnatalité, O'Neill et ses collaborateurs (2013) soulignent que les nouvelles mères recherchent le respect et le soutien des intervenants qu'elles rencontrent à l'égard de leur orientation sexuelle. Or, au cours de leur transition à la maternité, plusieurs études observent que les futures mères homosexuelles seraient confrontées à des comportements et attitudes homophobes, soit des attitudes hostiles et discriminatoires explicites ou implicites à l'égard des homosexuels (Chapman et al., 2012; Fossoul, et al., 2013; O'Neill et al., 2013; Mitchell, 1995), par exemple lorsque des cliniques de fertilité refusent de leur offrir des traitements. Lorsque confrontées à de l'homophobie, les chercheurs remarquent chez les participantes un mouvement de retrait face à l'extérieur, dans le but de protéger leurs familles et valeurs. Par ailleurs, plusieurs recherches ont montré qu'en

raison du contexte hétéronormatif, les mères homosexuelles sous-utilisent les services de santé puisqu'elles anticipent ne pas recevoir un service adapté à leurs besoins (Barbara, Quandt, & Anderson, 2001; Bjorkman & Malterud, 2007; Cherguit et al., 2012; Gartrell et al., 1996; Røndahl, Innala, & Carlsson, 2006). Finalement, selon une étude canadienne menée auprès de 33 futures mères lesbiennes et bisexuelles, la simple anticipation du fait d'être exposées à des pratiques homophobes serait source de stress (Yager, Brennan, Steele, Epstein, & Ross, 2010), et ce malgré le fait que peu d'entre elles y seraient exposées.

Somme toute, il est possible que la confrontation à l'hétéronormativité dans l'expérience sociale suscite des sentiments douloureux (p. ex., sentiment de solitude à l'idée d'être différente ou impression d'être jugée ou incomprise, ce qui peut susciter de la tristesse ou de la frustration) chez les femmes homosexuelles enceintes. Ainsi, il apparaît plus que pertinent de s'intéresser à la façon dont ces femmes expérimentent l'hétéronormativité et l'impact perçu de cette réalité sur leur expérience de devenir mère.

Dans le cas où les femmes lesbiennes souhaitent concrétiser leur projet d'enfant via le recours aux techniques de reproduction médicalement assistée, le contact avec le personnel médical de soins est central. Avant d'aborder les différentes conditions et défis qui pourraient influencer l'expérience de la transition à la maternité des couples lesbiens ayant choisi cette façon pour fonder leur famille, il semble important de présenter brièvement en quoi consiste un tel processus et les procédures qu'il implique,

ainsi que l'évolution des aspects législatifs qui caractérisent la possibilité pour les couples lesbiens d'y recourir.

La procréation médicalement assistée : procédures médicales et contexte socio-politique actuel

La PMA désigne l'ensemble des techniques et soins médicaux qui favorisent la procréation humaine en dehors des techniques naturelles (Collège des médecins du Québec, 2015). Elle regroupe trois principales techniques, soit l'insémination artificielle (IA), la fécondation *in vitro* (FIV) et le transfert d'embryons. En clinique de fertilité, les traitements de PMA sont offerts par une équipe formée de médecins spécialisés (p. ex., obstétriciens gynécologues, généticiens, endocrinologues), d'infirmières et d'infirmiers ainsi que de professionnels (p. ex., psychologues et nutritionnistes). Les interventions comportent notamment différents tests et examens médicaux visant à évaluer l'état du système reproductif des patients et permettant d'établir un plan de traitement, pouvant aller de la stimulation hormonale à l'implantation d'embryons. Tous les couples ou femmes sans partenaire recevant un don de gamètes doivent rencontrer un psychologue pour trois principales raisons. D'abord, le psychologue offre au couple un espace de réflexion à l'égard de différents aspects de leur projet parental (Allard & Tremblay, 2014) et évalue celui-ci avant de formuler des recommandations au médecin traitant. Finalement, des informations quant aux implications d'un don de gamètes pour l'enfant à venir sont également offertes.

Contextes légal et social

Les nombreuses demandes d'intervention via la PMA ont nécessité la mise en place de balises légales. Au Canada, la PMA relève d'une compétence partagée entre les gouvernements fédéral et provincial. Au plan fédéral, la Loi sur la procréation assistée du Canada (Santé Canada, 2004) énonce les principes à respecter (p. ex., le bien-être et la santé des enfants issus de ces techniques prévalent à toutes décisions, les personnes qui souhaitent y avoir recours ne doivent pas subir de discrimination, notamment sur la base de leur orientation sexuelle) et les actes interdits (p. ex., clonage, utilisation d'embryons à d'autres fins que la reproduction d'un être humain, rémunération des dons de gamètes). Au plan provincial, il revient aux provinces de décider des plans de traitements et de la gestion financière des ressources.

Les couples ou les femmes seules ayant recours aux traitements de PMA peuvent choisir d'utiliser un don de gamètes mâles pour concrétiser leur désir d'enfant (comme dans le cas de l'infertilité masculine ou en situation de relation homosexuelle ou de maternité sans partenaire). Ces couples et femmes seules doivent alors choisir entre deux types de dons de gamètes : soit d'un donneur à identité fermée (aussi appelé « don anonyme ») ou ouverte. Ce premier type de don implique que l'identité du donneur ne peut être retracée. À l'inverse, les donneurs à identité ouverte consentent à ce que leur identité soit transmise à l'enfant issu de ce don, dès qu'il atteint l'âge de 18 ans (Bushnik, Cook, Hughes, & Tough, 2012). Ce type de don est disponible dans des

banques de gamètes à l'extérieur du Canada seulement et son utilisation est aux frais du couple ou de la femme qui souhaite y recourir. En effet, au Québec, le don de gamètes anonyme (donneur à identité fermée) est le seul à être remboursé par le gouvernement.

Au plan international, d'importantes avancées technologiques ont été réalisées dans le domaine de la PMA depuis les dernières années : celles-ci permettent à la fois un plus grand nombre de grossesses fructueuses ainsi qu'un contexte plus sécuritaire autant pour la future mère que le bébé à naître (Brezina et al., 2012). Au Québec, le Collège des médecins du Québec (2015) remarque que la population porte un intérêt grandissant aux activités de PMA. Les données du Registre canadien des techniques de procréation assistée (RCTPA) font état d'une augmentation constante du nombre d'interventions pratiquées entre 1999 et 2008 (Bushnik et al., 2012). En ce sens, en août 2010, le gouvernement québécois a mis en place un programme remboursant de nombreux frais liés aux traitements de PMA, la rendant ainsi plus accessible à tous (ce programme remboursait l'ensemble des techniques PMA ainsi que trois cycles complets de FIV⁴). Ces progrès observés dans le domaine de la médecine reproductive, combinés à la législation québécoise avantageuse pour les familles homoparentales et le programme de financement, semblent avoir contribué à créer une conjoncture qui a permis à bon nombre de femmes lesbiennes d'avoir recours à la PMA afin de concrétiser leur projet d'enfant.

⁴ Mentionnons toutefois qu'en novembre 2015 le programme a été revu et balisé différemment : à ce jour, les IA sont toujours couvertes, mais le financement des FIV n'a pas été maintenu.

Cependant, comme ce contexte est relativement nouveau, peu de recherches scientifiques ont documenté la spécificité de l'expérience de ces femmes, alors qu'elles cheminent à travers ces services (Achim & Noël, 2014). Avant de parcourir les résultats issus d'écrits scientifiques et cliniques qui se sont intéressés à l'expérience de la PMA pour les couples lesbiens, il apparaît important de résumer les principaux résultats obtenus auprès des couples hétérosexuels infertiles, particulièrement ceux ayant recours à un don de gamètes. En effet, puisqu'ils cheminent en clinique de fertilité, il est possible que certains aspects de l'expérience des couples hétérosexuels et homosexuels soient semblables. Par conséquent, les thématiques qui se dégagent de l'expérience des couples hétérosexuels infertiles pourraient servir de guide afin d'explorer celles associées à l'expérience des couples lesbiens.

L'expérience de la PMA chez les couples hétérosexuels

De manière générale, les écrits scientifiques et cliniques dressent un portrait plutôt sombre de l'expérience de l'infertilité et du recours aux traitements de PMA pour les couples hétérosexuels. En effet, l'infertilité et le cheminement en clinique de fertilité seraient vécus comme une importante source de stress, voire comme une expérience traumatique pour certains (Benedek, Ham, Robbins, & Rubenstein, 1953; Canneaux, 2009; Lalos, 1999). Ces couples ont recours à la PMA suite à un parcours d'échecs de procréation qui générerait chez eux des sentiments de frustration, de honte et de tristesse (Lazaratou & Golse, 2006). Dix à 30,8 % d'entre eux souffriraient de dépression et d'anxiété au cours des traitements de PMA (Volgsten, Skoog-Svanberg, Ekselius,

Lundkvist, & Sundström-Poromaa, 2008). Des études montrent que globalement, les femmes infertiles présentent un niveau d'anxiété plus grand que celui des femmes fertiles (pour une recension des écrits, voir Goëb et al., 2006). Mentionnons aussi que les femmes hétérosexuelles ayant conçu à l'aide de l'insémination artificielle investiraient moins leur grossesse et le bébé à venir (p. ex., parleraient moins au fœtus, ne se renseigneraient pas sur la grossesse et l'accouchement et ne participeraient pas à des cours prénataux) que les femmes ayant conçu de manière naturelle, étant habitées par une importante crainte de perdre le fœtus (McMahon, Tennant, Ungerer, & Saunders, 1999).

Au plan conjugal, le diagnostic d'infertilité provoque un stress qui ébranle l'équilibre du couple. L'infertilité est vécue comme une menace pour les projets futurs du couple et peut créer des désaccords entre les partenaires au sujet des décisions quant à la PMA (Peterson, Newton, Rosent, & Schulman, 2006). Différents auteurs se sont intéressés aux impacts de ce diagnostic sur la satisfaction conjugale. Alors que des résultats suggèrent qu'il n'y a pas d'impact sur le bien-être conjugal (Fernandez, Ohl, & Reder, 2009), d'autres indiquent une insatisfaction conjugale plus élevée chez les couples hétérosexuels infertiles que les couples hétérosexuels fertiles (Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2011). Des cliniciens ont également suggéré que les traitements de PMA sont vécus comme d'importants « désorganiseurs » de la vie sexuelle (Cousineau & Domar, 2007), altérant la spontanéité du couple (Fernandez et al., 2009) et soumettant les relations sexuelles à la pression de mener à une grossesse (Mazoyer & Bourdet-

Loubère, 2012). Une recension des écrits scientifiques consacrée à cette question propose une explication à ces résultats contradictoires (Coëffin-Driol & Giami, 2004). En fait, les auteurs remarquent que les concepts étudiés ne sont pas opérationnalisés de la même manière (satisfaction conjugale, bien-être conjugal et satisfaction sexuelle) et que les outils utilisés afin d'évaluer ces variables n'ont pas été validés auprès d'une population de couples infertiles. Différemment, une seconde recension de la documentation scientifique suggère la présence d'une variable médiatrice, soit le recours à des stratégies de coping émotionnel communes aux deux partenaires, qui modulerait l'impact du diagnostic d'infertilité sur la satisfaction conjugale (Péloquin & Brassard, 2013). Plus précisément, les couples au sein desquels les partenaires ne se blâment pas mutuellement pour l'infertilité et qui n'utilisent pas l'évitement comme stratégie de régulation affective, mais qui sont plutôt « centrés sur la tâche » et l'expression émotionnelle, sont ceux qui rapportent le moins de détresse. Ils présentent également la meilleure adaptation conjugale.

De plus, le diagnostic d'infertilité peut amener le couple à s'isoler de leur famille et amis (Flis-Trèves & Gellman, 2003). L'incompréhension de certains à l'égard de la décision du couple d'entreprendre un processus de PMA et à l'égard de ce que ce processus leur fait vivre peut créer un stress supplémentaire à celui de l'infertilité. Ceci amènerait plusieurs couples à se retirer de certaines relations sociales.

Il semble que les couples infertiles ne trouvent pas davantage de soutien auprès du personnel médical des cliniques de fertilité (Goëb et al., 2006). En effet, la recherche

qualitative de l'anthropologue québécoise Chateauneuf (2011) s'intéressant à la trajectoire de soins de 45 partenaires hétérosexuels infertiles qui ont traversé des échecs de conception répétés avant de se tourner vers l'adoption, suggère que le contact avec le personnel soignant est plutôt froid et médicalisé. D'une façon similaire, Epelboin (2001) rapporte dans son article clinique portant sur l'infertilité que les interventions médicales en PMA sont essentiellement centrées sur le « problème » à soigner. D'autre part, une étude qualitative menée auprès de 10 couples hétérosexuels ayant eu recours à la PMA pour concrétiser leur projet de bébé rapporte que les futurs pères qui consultent avec leurs conjointes en PMA se sentiraient souvent mis à l'écart de la relation femme-médecin (Almeida, Müller Nix, Germond, & Ansermet, 2002).

Pour conclure, il ressort de la documentation scientifique et clinique consultée que les traitements de PMA sont vécus par les couples hétérosexuels avec une charge émotionnelle et psychologique importante. Ces études suggèrent que peu de place semble être accordée au vécu affectif des couples infertiles par les cliniques de fertilité, alors qu'ils sont pourtant très sollicités sur le plan affectif.

L'expérience de la PMA chez les couples lesbiens

Contrairement aux couples hétérosexuels infertiles, les couples lesbiens qui ont recours aux traitements de PMA n'ont souvent aucun problème de fertilité. Ces couples utilisent les services de PMA sans avoir vécu un parcours d'échecs de procréation naturelle préalables (Baetens & Brewaeys, 2001; Chapman et al., 2012; Ross, Steele, &

Epstein, 2006). Par contre, les futures mères homosexuelles présentent ce que certains nomment une *infertilité sociale*, soit l'impossibilité de concevoir un enfant parce que le couple est de même sexe (Arènes, 2013; Caire, 2015). Ainsi, la particularité de ce contexte suggère que l'expérience qu'ont ces femmes des traitements de PMA diffère de celle des couples hétérosexuels infertiles.

À ce jour, très peu d'études se sont intéressées à l'expérience psychologique et aux besoins des femmes homosexuelles ayant recours aux techniques de PMA afin de concrétiser leur projet d'enfant. En fait, une grande majorité de la documentation scientifique internationale (Connolly, Edelman, Cooke, & Robson, 1992; Goëb et al., 2006; Greil et al., 2010; Notman, 2011; Read et al., 2014) et québécoise (Allard & Tremblay, 2014; Bermingham et al., 2009; Péloquin & Lafontaine, 2010) traitant de ces thématiques concerne principalement celui des couples hétérosexuels infertiles. Néanmoins, quelques études se sont penchées sur l'expérience personnelle, conjugale et sociale de la transition à la maternité des futures mères lesbiennes dans le contexte particulier du recours à la PMA. Les quelques recherches recensées seront présentées ci-dessous, en fonction du type d'expérience qu'elles concernent.

Au plan individuel

Très peu d'auteurs se sont intéressés à l'adaptation psychologique des mères lesbiennes ou mères lesbiennes en devenir dans le contexte spécifique du recours à la

PMA. De plus, ces études ont obtenu des résultats contradictoires. D'abord, selon une recherche à devis mixte effectuée auprès de 15 couples lesbiens canadiens, le processus de PMA serait de manière générale vécu positivement (Yager et al., 2010). Les participantes rencontrées ne présenteraient pas de symptômes anxieux ou dépressifs se situant au-delà du seuil clinique. En revanche, une étude qualitative américaine menée auprès de 29 couples de femmes lesbiennes suggère que le cheminement en clinique de fertilité serait source de stress, les participantes rapportant des préoccupations à l'égard des traitements de PMA, ainsi qu'un sentiment de fatigue au cours de ceux-ci (Goldberg, 2006). En ce sens, le processus de PMA serait considéré comme étant difficile ou très difficile par 56 % des participantes l'ayant traversé (Goldberg, 2006). Il est possible de croire que le contexte canadien étant plus favorable à l'homoparentalité que celui des États-Unis, il engendre une expérience plus positive pour ces femmes.

Des études menées auprès de couples lesbiens qui obtiennent des soins dans des cliniques de périnatalité et hôpitaux permettent de générer des hypothèses quant au vécu affectif de ces couples qui obtiennent des traitements de PMA (Cherguit et al., 2012; O'Neill et al., 2013; Røndhal et al., 2009; St-Pierre, 2012). La consultation de ces études donne à penser que des phénomènes similaires, notamment entourant les interactions avec le personnel de soins, sont observés dans ces cliniques médicales et les cliniques de fertilité. Une étude qualitative effectuée en Grande-Bretagne menée auprès de 10 mères sociales montre que les futures mères homosexuelles anticiperaient les interactions avec le personnel de soins, car elles craindraient d'être jugées par rapport à leur orientation

sexuelle, mais que l'expérience serait somme toute vécue de manière positive par la majorité d'entre elles (Cherguit et al., 2012). Ainsi, l'anticipation de la discrimination serait donc une plus grande source de détresse que l'expérience en tant que telle. Une étude néo-zélandaise portant sur les mêmes thématiques rapporte que les participantes mentionnent avoir connu une expérience majoritairement positive, mais caractérisée par des expériences isolées d'hétéronormativité et d'homophobie, ce qui a été source de détresse pour elles (O'Neill et al., 2013).

Au plan conjugal

Une étude quantitative québécoise (N = 25 couples lesbiens) montre que les femmes en voie d'accéder à la maternité via la PMA rapportent une bonne satisfaction conjugale et peu de désaccords (Leblond de Brumath & Julien, 2007). Toutefois, selon une étude quantitative américaine effectuée auprès de 29 couples lesbiens, il semble que comme pour les couples hétérosexuels, l'attachement amoureux des couples lesbiens ayant eu recours à la PMA diminue durant la transition à la maternité et le nombre de conflits augmenterait suite à l'arrivée du bébé (Goldberg & Sayer, 2006). Les auteurs expliquent ces résultats par la réduction du temps passé en couple et la présence d'un stress associé à l'adaptation au nouveau rôle de mère chez chacune des femmes.

À l'intérieur même du couple lesbien, le recours à la PMA entraîne une relation asymétrique auprès de l'enfant. En effet, une des partenaires portera l'enfant, fera l'expérience de la grossesse ainsi que de l'accouchement et sera génétiquement liée à

l'enfant, alors que l'autre partenaire ne connaîtra pas ces expériences (Fossoul et al., 2013; Pies, 1989). Quelques auteurs se sont questionnés à propos de l'impact de ces différentes relations sur la représentation du lien à l'enfant (qui se construit chez chacune des mères) et sur la façon dont cette différence est vécue entre elles (Delaisi de Parseval, 2006; Dunne, 2000; Gratton, 2007; Grihom & Ducousso-Lacaze, 2009; Gross, 2006; Naziri, 2011). Les auteurs soulignent que le couple doit négocier l'asymétrie de cette position, susceptible de causer une impression d'inégalité entre les deux femmes, mais s'intéressent peu à la façon dont ceci est vécu au sein du couple. Il apparaît donc important de mieux documenter ce que l'asymétrie du lien biologique peut susciter chez les mères biologiques en termes de vécu conjugal, ainsi que les défis qu'elles perçoivent chez leurs conjointes. De plus, cette asymétrie s'ajoute parfois aux inégalités quant au statut juridique des mères, notamment à l'égard de l'« invisibilité légale » de la mère sociale dans les pays qui n'ont pas de législation protégeant les statuts parentaux des deux mères (Descoutures, 2010).

La transmission de l'histoire des origines à l'enfant. L'importance pour l'enfant de connaître ses origines afin d'être en mesure de construire son identité est reconnue par de nombreux cliniciens (Allard & Tremblay, 2014; Delaisi de Parseval, 2003; Heenen-Wolff & Moget, 2011). En effet, comme l'énoncent Heenen-Wolff et Moget (2011) :

Les enfants demandent souvent que des histoires de leur conception et de leur naissance leur soient racontées à maintes reprises alors qu'ils s'efforcent en même temps de saisir ce que sont la reproduction, la

sexualité parentale et la formation d'une famille. Ces questions, portant sur l'énigme des origines, ont une fonction importante pour l'individuation et le sentiment d'appartenance de l'enfant (p. 236).

Lorsqu'un enfant est conçu via le recours à la PMA et un don gamètes, les cliniciens recommandent d'informer l'enfant de l'utilisation de ce don (Allard & Tremblay, 2014; Darwiche et al., 2013; Delaisi de Parseval, 2003). Malgré tout, les couples hétérosexuels peuvent décider de garder secret le fait d'avoir eu recours à un donneur ou une donneuse ainsi qu'à la PMA afin de concrétiser leur projet d'enfant. Un tel secret n'est toutefois pas possible pour les couples lesbiens qui seront inmanquablement confrontés aux questions de leur enfant quant à ses origines (Descoutures, 2010; Hopker-Azemar, 2011).

Il est possible de croire que préalablement à l'arrivée de l'enfant, les femmes réfléchissent et discutent entre elles de la place qu'elles souhaitent accorder au donneur dans l'histoire de la conception de leur bébé et de la façon dont elles la présenteront à leur futur enfant. Toutefois, peu d'études ont été menées sur cette thématique. À notre connaissance, seuls les travaux qualitatifs belges d'Heenen-Wolff et Moget (2011) et Moget (2010) s'y sont intéressés. Ces auteurs observent que les mères homosexuelles font preuve de transparence et d'ouverture alors qu'elles renseignent leur enfant quant aux démarches nécessaires à leur conception. Néanmoins, il est probable qu'au niveau du couple, le contexte de ces discussions puisse mettre en conflit les besoins des mères (p. ex., d'être reconnue comme les seules parents de l'enfant) et ceux de l'enfant à venir

(p. ex., droit de connaître ses origines génétiques). À ce sujet, l'étude qualitative d'Almack (2006), menée auprès de 20 mères homosexuelles britanniques ayant utilisé un don de gamètes mâles, rapporte qu'il peut être complexe pour ces dernières de conjuguer au mieux les besoins de leurs enfants et les leurs en ce qui a trait au droit de l'enfant à connaître son bagage génétique. Ainsi, il serait pertinent d'explorer la façon dont les femmes lesbiennes réfléchissent à l'histoire de la conception qui sera transmise à l'enfant et documenter les éventuels désaccords conjugaux à cet égard.

Au plan social

L'aspect qui apparaît central à l'expérience sociale des couples lesbiens qui cheminent en clinique de PMA est la reconnaissance – ou non – de leurs spécificités et besoins relatifs à leur orientation sexuelle. En effet, les couples lesbiens qui concrétisent leur projet d'enfant par le recours aux cliniques de fertilité sont sur certains aspects différents des couples hétérosexuels infertiles. Une recension de la documentation scientifique traitant des demandes d'insémination artificielle par les couples de femmes homosexuelles ayant décidé de dévoiler leur homosexualité conclut que la majorité s'est sentie entendue et respectée dans ses besoins par le personnel de soin (Markus, Weingarten, Duplessi, & Jones, 2010). Ces résultats donnent à penser que la plupart des intervenants œuvrant dans les cliniques de fertilité seraient suffisamment informés et ouverts à traiter des couples lesbiens qui concrétisent leur projet d'enfant. Or, les auteures canadiennes Ross et al. (2006) ont remarqué l'absence de documentation scientifique et clinique offrant des repères aux professionnels des cliniques de fertilité

leur permettant de répondre spécifiquement aux besoins et particularités des familles lesboparentales. Les chercheuses ont donc consulté 23 femmes homosexuelles et bisexuelles canadiennes ayant eu recours à la PMA et ont formulé – à partir de leur expérience – dix recommandations visant à améliorer les traitements de reproduction assistée. En ce qui a trait à la considération de l’homosexualité des participantes, elles recommandent d’informer davantage les femmes homosexuelles des ressources et services disponibles dans la communauté LGBTQ, de transmettre des indications claires à l’effet que les cliniques de fertilité sont favorables à l’homoparentalité et d’offrir un soutien spécifique aux patientes homosexuelles par des intervenants qui connaissent les enjeux spécifiques de cette population.

Finalement, tel que mentionné précédemment, il est permis de supposer que le contexte hétéronormatif auquel sont confrontées les futures mères homosexuelles pourrait se présenter lors d’interactions avec le personnel de soins des cliniques de PMA. Ces pratiques et attitudes pourraient avoir un impact sur leur expérience de devenir mère et méritent donc d’être étudiées dans ce contexte précis.

En résumé, la documentation scientifique offre certaines pistes et hypothèses quant à l’expérience psychologique, conjugale et sociale des femmes lesbiennes en transition vers la maternité qui ont recours à la PMA, mais aucune n’en fait son principal objet de recherche. De plus, le contexte québécois étant distinct, notamment par sa législation favorable à l’homoparentalité et à l’accès à la PMA par ces couples, les

résultats des études réalisées dans d'autres pays parfois moins favorables à la parentalité homosexuelle pourraient ne pas être au reflet de la réalité des femmes lesbiennes québécoises.

À notre connaissance, une seule étude exploratoire s'est intéressée à ces thématiques au Québec (Achim & Noël, 2014; Achim, Noël, Ensink, Deshaies, & Boyer, 2014). Cette recherche dresse un premier portrait de l'expérience affective de deux couples hétérosexuels et lesbiens ainsi que d'une femme célibataire ayant eu recours à la PMA et à un don de gamètes afin de concrétiser leur projet de bébé et de six professionnels travaillant en clinique de fertilité, dans le domaine de la périnatalité et en ressources communautaires. Ces résultats préliminaires suggèrent que des enjeux spécifiques au recours à la PMA s'ajoutent aux tâches développementales propres à l'accès à la parentalité, comme la construction de l'identité parentale (Bydlowski, 1997; Colarusso, 1990), le remaniement des identifications aux figures parentales (Raphaël-Leff, 2009) et la transition d'un fonctionnement dyadique à triadique (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001). En effet, comme le mentionnent Achim et Noël (2014) :

La médicalisation de la procréation, l'aspect intrusif des procédures médicales, l'introduction d'un bagage génétique étranger, la confrontation possible à des pertes et renoncements multiples ainsi que la nécessaire planification de la procréation, constituent les principaux défis auxquels doivent faire face les parents d'intention. (p. 27)

Selon ces auteures, ces enjeux sont partagés par l'ensemble des parents utilisant les services de PMA, mais sont vécus différemment en fonction de leur groupe d'appartenance. À titre illustratif, les couples hétérosexuels vivraient la médicalisation du processus de procréation comme la confirmation d'un échec à concevoir naturellement ainsi qu'une façon *par dépit* d'accéder à la parentalité. Elle serait ainsi fréquemment gardée secrète puisque source de honte. À l'inverse, les couples lesbiens considèreraient plutôt le processus de PMA comme une expérience d'*empowerment* leur permettant de concrétiser un projet qui leur est cher; la médicalisation du processus serait vécue comme étant une partie intégrante du projet de famille. Les chercheuses suggèrent qu'à ces expériences partagées s'ajoutent d'autres enjeux spécifiques propres au contexte de la transition à la maternité lesbienne comme la confrontation avec des attitudes hétéronormatives ou homophobes ou le recours à un tiers pour concrétiser le projet de bébé (Achim & Noël, 2014). Ces résultats apparaissent intéressants afin de mieux saisir l'expérience des parents d'intention⁵ qui utilisent la PMA pour actualiser leur projet d'enfant, mais ne concernent pas uniquement sur l'expérience des futures mères homosexuelles.

En effet, puisqu'un grand nombre de couples lesbiens québécois a recours aux traitements de PMA, il importe de mieux saisir la nature de leur expérience pour fournir aux professionnels œuvrant en clinique de fertilité et dans le domaine de la périnatalité des repères cliniques spécifiques leur permettant de mieux soutenir et accompagner ces

⁵ Soit des individus qui désirent devenir parents.

femmes. Ce besoin fait également écho à celui des femmes homosexuelles souhaitant devenir mères, alors que plusieurs d'entre elles s'inquiètent de rencontrer des professionnels insuffisamment informés des enjeux spécifiques à l'homoparentalité (Mathieu, 2015).

Objectifs de l'étude

La présente étude a pour principal objectif d'explorer l'expérience de la transition à la maternité et du processus de PMA de mères biologiques lesbiennes qui accèdent pour la première fois à la maternité en ayant recours à la PMA et à un don de gamètes d'un donneur inconnu. Le projet de recherche vise plus précisément à cerner l'expérience psychologique, conjugale et sociale des femmes homosexuelles enceintes rencontrées et à mieux saisir leurs besoins. Les questions de recherche suivantes découlent de cet objectif :

1. Comment ces futures mères vivent-elles et s'adaptent-elle à la transition à la maternité?
2. Comment vivent-elles ce projet parental au sein de leur couple?
3. Comment conçoivent-elles leur filiation à l'enfant à venir et comment prévoient-t-elles lui transmettre l'histoire de sa conception?
4. Comment se sentent-elles reçues et accompagnées dans leur projet parental par leur réseau familial et social?
5. Comment vivent-elles le processus de PMA, le recours à un don de gamètes, ainsi que l'accompagnement offert par les intervenants des différents milieux de

soins (clinique de fertilité et soins offerts dans le cadre du suivi de grossesse ou cours prénataux)?

Méthode

Démarche et approche méthodologiques

Dans le cadre de cette étude, un devis de recherche qualitatif a été privilégié, car ce type de méthode apparaît des plus pertinents afin de répondre aux objectifs à visée exploratoire (Creswell, 2012). Selon Paillé et Mucchielli (2013), la méthodologie qualitative est définie comme une démarche de recherche qui explicite, reformule ou théorise des témoignages, expériences ou phénomènes. Sa logique centrale est de trouver un sens à l'activité humaine et au monde avec lequel elle est en constante interaction. Dans ce type de devis méthodologique, le chercheur tente d'établir une interaction avec les participants et d'en retirer une compréhension crédible et riche en sens (Deslauriers, 1991). Ce sens se construit au cours de l'étude, via l'interaction entre le chercheur et les participants. En méthodologie qualitative, il importe que le chercheur précise non seulement ses paradigmes épistémologiques, mais également la démarche d'analyse suivie, afin de minimiser les risques de biais (Glaser & Strauss, 1967; Miles & Huberman, 2010; Yin, 1990).

Positionnement épistémologique de la chercheuse

Un cadre épistémologique de type constructiviste a été utilisé pour l'analyse des données recueillies. Dans ce type de paradigme, il est assumé que la réalité est multiple et subjective puisqu'elle ne peut être appréhendée que via l'esprit. Ce paradigme suggère également que les données existent en tant que telles et précèdent l'intervention du

chercheur (Blaug, 1982). Ce dernier, à travers ses propres représentations et celles des participants rencontrés, recherche à comprendre un phénomène étudié. Ceci se produit par la recherche de sens, qui se fait via la rencontre entre l'objet d'étude et le désir de comprendre. En ce sens, les subjectivités du chercheur et du phénomène d'étude (les représentations des participants concernant les thèmes abordés) sont centrales. En suivant cette logique, les données recueillies dans le cadre du présent projet sont le résultat d'une co-construction obtenue par le biais d'un va-et-vient entre la subjectivité de la chercheuse et celles des participantes. La chercheuse a interprété les données de façon à obtenir une représentation la plus proche possible de la façon dont les participantes perçoivent elles-mêmes la réalité. À cette subjectivité s'ajoutent celles de la directrice et la co-directrice de thèse, qui ont également contribué à cette co-construction par des rencontres et discussions qui permettaient de tester la validité des significations dégagées des données.

Démarche privilégiée

Parmi les différentes approches d'analyses qualitatives, l'approche thématique-inductive est celle qui a été retenue pour la recherche actuelle. Ce type d'analyse permet de donner un sens à un corpus de données brutes. Elle consiste dans un premier temps à relever les différents codes représentatifs du contenu abordé, c'est-à-dire attirer une unité verbale représentative du message que la personne souhaitait transmettre à la chercheuse. Dans un deuxième temps, les codes doivent être thématisés pour leur donner un sens (Negura, 2006). Il s'agit donc de reformuler le matériel recueilli sous une forme

condensée afin d'en extraire via un examen discursif les principales dimensions et thèmes (Paillé & Mucchielli, 2013).

Afin d'approfondir l'analyse au-delà de la démarche usuelle de recension, hiérarchisation et description des thèmes issus du corpus de données, un cadre de réflexion tiré de l'analyse inductive a également été utilisé. Ce type d'analyse permet d'établir des liens entre les objectifs de recherche et les thèmes découlant des données brutes et également de générer des hypothèses au sujet de l'expérience des participantes rencontrées. L'approche inductive, contrairement à l'approche déductive, vise une transférabilité des connaissances à partir du contenu spécifique du corpus de données (Blais & Martineau, 2006). À l'inverse, l'approche déductive cherche à vérifier si les théories ou connaissances préétablies ou identifiées précédemment par le chercheur s'appliquent au corpus de données.

Participants

L'échantillon compte cinq femmes actuellement en couple avec une femme, enceintes et nullipares, âgées entre 28 et 38 ans ($M = 31,40$; $ET = 3,91$). Quatre participantes sont d'origine québécoise et une est d'origine brésilienne. Au plan de la scolarité, deux des participantes ont obtenu leur diplôme d'études collégiales et trois détiennent un diplôme de niveau universitaire (une de premier cycle et deux de deuxième cycle). Quatre participantes rapportent un revenu se situant entre 50 000 \$ et 100 000 \$ et une de plus de 100 000 \$. Au moment de l'entrevue, le nombre de semaines

de grossesse varie entre 29 et 35 semaines. Le nombre d'essais nécessaires avant la grossesse actuelle oscille entre 1 et 14. De ces cinq grossesses, quatre sont issues de l'IA et une de la FIV. Préalablement à ces grossesses, deux des cinq participantes ont fait l'objet d'un avortement spontané (fausse-couche). À partir du moment où elles ont décidé de donner suite à leur projet d'enfant en ayant recours à la PMA, les participantes mentionnent être devenues enceintes après 9 à 72 mois.

Les participantes devaient répondre à cinq critères d'inclusion : 1) avoir entre 18 et 45 ans; 2) être une femme se définissant comme homosexuelle au moment de concrétiser le projet de bébé; 3) être enceinte d'au moins 28 semaines; 4) avoir eu recours à la PMA et à un don de gamètes (identité du donneur pouvant être ouverte ou fermée); 5) le projet d'enfant doit avoir été pensé et conçu avec la conjointe actuelle. Les partenaires enceintes ont été ciblées pour constituer l'échantillon de cette recherche plutôt que les mères sociales, afin de détailler leur expérience en comparaison avec les études publiées sur le devenir mère des femmes enceintes. Le troisième trimestre de grossesse est privilégié comme période d'évaluation puisque les représentations mentales maternelles du bébé à venir sont davantage construites à ce moment (Ammaniti et al., 1992; Bennett et al., 1994), comparativement aux deux premiers trimestres. De plus, c'est à cette période de la grossesse que les futures mères semblent être les plus sensibles à l'élaboration de leur expérience émotionnelle (Bydlowski, 1997). Les critères d'exclusion retenus étaient au nombre de trois : 1) avoir déjà un enfant issu de l'union conjugale actuelle ou passée; 2) avoir déjà accouché; 3) avoir conçu le projet d'enfant en

pluriparentalité.

Le recrutement des participantes s'est déroulé selon la technique d'échantillonnage *boule-de-neige*. Un dépliant en format électronique contenant les principales informations de l'étude (voir Appendice A) a d'abord été diffusé via les réseaux sociaux et par l'entremise de la Coalition des Familles LGBT (Lesbienne, Gay, Bisexuelle et Transgenre), qui a été suivi de communications informelles entre les participantes et leur entourage. Les femmes potentiellement intéressées à participer communiquaient par courriel avec la chercheuse, qui leur donnait de plus amples informations sur l'étude. Si elles étaient intéressées à participer, une date d'entretien était prévue avec elles. Le formulaire d'information et de consentement à la recherche (voir Appendice B) leur était envoyé dans le même courriel afin qu'elles puissent en prendre connaissance préalablement à la rencontre, si elles le souhaitaient. Avant de débiter l'entretien, les participantes étaient invitées à poser leurs questions ou partager leurs impressions quant à son contenu.

Déroulement

Les participantes ont été rencontrées à l'endroit de leur choix, le plus souvent à leur domicile ou dans des locaux individuels et privés d'une bibliothèque de l'arrondissement Rosemont-Petite-Patrie à Montréal. Préalablement à la réalisation de l'entrevue, les participantes ont lu et signé le formulaire de consentement. Par la suite, elles complétaient un court questionnaire sociodémographique avant de participer à une

entrevue semi-dirigée. C'est la chercheuse qui a réalisé ces entretiens, d'une durée variant de 75 à 120 minutes. Les entrevues ont été enregistrées sur support audio afin d'en permettre la retranscription dans le but de procéder à leur analyse.

Instruments de collecte de données

Questionnaire sociodémographique

Les participantes ont répondu à des questions concernant leur âge, niveau d'étude, origine culturelle, occupation actuelle, statut conjugal et financier. Plusieurs questions concernaient aussi leur grossesse actuelle, les soins obtenus en PMA, ainsi que leurs antécédents médicaux personnels et familiaux (voir Appendice C). Ce questionnaire a été développé dans le cadre de cette étude.

Entrevue semi-structurée

La collecte de données a été menée à l'aide d'un canevas d'entretien semi-structuré d'une durée d'environ 90 minutes, nommé « Le devenir parent et l'expérience des soins des femmes homosexuelles ayant eu recours à la PMA » (voir Appendice D) et développé par Achim, Ensink, Noël, & Deshaies (2015). L'entrevue est constituée de questions ouvertes visant l'exploration de quatre principaux domaines soit : 1) l'histoire du projet de bébé; 2) l'expérience de la PMA et du réseau de la santé; 3) l'histoire des origines à transmettre à l'enfant; 4) les particularités de la maternité lesbienne. Pour ce faire, une première question générale a été posée (« Pouvez-vous nous raconter l'histoire de votre projet de bébé et la manière dont vous l'avez vécue? »). Par la suite, des

questions de relance (plus spécifiques que la première) ont été prévues et utilisées au besoin, notamment si la participante élaborait peu et n'abordait pas certains aspects de son expérience. Ces questions supplémentaires portaient par exemple sur le choix de la PMA et du donneur, ainsi que sur le soutien social perçu à l'égard du projet de bébé, les préoccupations ou défis rencontrés par rapport à la transition à la maternité, les attitudes générales du personnel des cliniques de PMA à l'égard de l'homoparentalité, l'expérience de l'accompagnement reçu dans le réseau de la santé, ainsi que les besoins et particularités propres à la maternité lesbienne. Les participantes ont pu discuter librement de chacune de ces thématiques, ce qui a permis d'explorer leurs perceptions et d'avoir accès à leur expérience personnelle. Tel que suggéré par Vallerand et Hess (2000), les questions centrales en lien avec les quatre principaux domaines ont été posées de la même façon et selon le même ordre à chaque participante. Cependant, l'ordre des questions de relance pouvait varier d'une participante à l'autre. En effet, l'intervieweuse était attentive aux réponses des participantes et adaptait les questions subséquentes dans le but d'éviter la répétition de certains thèmes. De plus, l'intervieweuse pouvait poser des questions supplémentaires visant à approfondir ou clarifier un sujet abordé. De la même façon, certaines questions n'étaient pas posées si les thématiques avaient déjà été abordées spontanément par les participantes. Les entrevues étaient individuelles (en l'absence de la mère sociale) dans le but de faciliter l'émergence de contenu affectif personnel mais également pour réduire la complexité des données recueillies (en isolant par exemple les aspects de la relation conjugale dans l'entretien), en vue de l'analyse.

Analyse des données

Les données ont été analysées selon une démarche de thématisation, telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2013). Tel que mentionné plus haut, un cadre d'analyse inductive a aussi été utilisé (Blais & Martineau, 2006). Dans ces deux types d'analyses, les thèmes sont considérés comme des ensembles de mots permettant de dégager un sens général du corpus de données recueillies. Ces analyses permettent ultimement l'élaboration d'une carte conceptuelle (aussi appelée arbre thématique), qui est une représentation synthétique et structurée du contenu analysé. Des hypothèses sur l'expérience générale de la population à l'étude peuvent ensuite être proposées par le chercheur.

Les entretiens ont d'abord été écoutés, transcrits verbatim et lus à plusieurs reprises par la chercheuse afin qu'elle puisse bien s'imprégner de leur contenu et des sujets abordés. Ceci a permis à la chercheuse d'accéder à une connaissance approfondie du corpus de données. Ensuite, une démarche de codification a été entamée, préalablement à la thématisation. Un code est « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé & Mucchielli, 2013, p. 242). Dans le cadre d'une analyse thématique, les codes sont utilisés afin d'organiser les corpus de données et permettent de repérer rapidement les sujets abordés par les participants (Braun & Clarke, 2006). À l'aide du logiciel QDA-Miner, des codes ont donc été attribués à des segments de texte. Au fil de la codification, de nouveaux codes ont été repérés et créés

par la chercheuse; ils ont été ajoutés à l'arbre de codification, selon la technique d'inventaire systématique des codes (Paillé & Mucchielli, 2013). En effet, la chercheuse a utilisé un journal de codification dans lequel elle a consigné l'ajout, le retrait ou la modification de certains codes, lui permettant ainsi de garder la trace de ses choix d'analyse et pistes de réflexions. Ensuite, un travail de thématisation continue a été entrepris. Les thèmes, à la différence des codes, ont une valeur interprétative et sont créés par le chercheur (Braun & Clarke, 2006); ils sont choisis selon des critères de fréquence, de récurrence, mais aussi d'importance. Ainsi, les codes sont regroupés en thèmes au sein d'un tableau thématique afin de dégager un sens du corpus de données. À l'aide du logiciel Xmind, une carte conceptuelle a été construite à partir des va-et-vient entre les corpus de données et le journal de codification, permettant d'ajouter, de préciser, regrouper et hiérarchiser les thèmes. De la même façon que pour la codification, la chercheuse entretenait un journal de thématisation (Paillé & Mucchielli, 2013), lui permettant de consigner ses pistes de réflexions. Tout au long de l'analyse, des séances de discussion ont eu lieu avec une experte du domaine de l'analyse thématique ainsi que les directrice et codirectrice de thèse. Ceci a permis à la chercheuse de valider, à différentes étapes du processus, la structure du tableau thématique et de la carte conceptuelle. En effet, comme le soulignent Miles et Huberman (2010), ces discussions en continu constituent une des modalités permettant de valider les significations des données, en vue de développer un consensus intersubjectif.

Considérations éthiques et déontologiques

Le présent projet a été élaboré en tenant compte des exigences du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de la faculté des Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. La participation à l'étude s'est faite selon une base volontaire. Les participantes ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé avant de débiter les entretiens, les informant de la nature et des objectifs de la recherche, de même que des avantages découlant de leur participation. Afin de s'assurer de leur entière compréhension, le formulaire a préalablement été lu à voix haute par la chercheuse avant le début de l'entrevue. Les participantes étaient alors invitées à poser des questions ou demander des clarifications. Aucune compensation n'a été offerte pour la participation à l'étude.

Les enregistrements audios sont conservés sous clé au laboratoire de recherche de la directrice de thèse. Un mot de passe protège les documents informatiques, tels les verbatims d'entrevue. Ces données seront détruites cinq ans après la fin de l'étude.

Durant la retranscription des entrevues, dans le but de protéger l'identité des futures mères et leur entourage, les noms ont été modifiés, ainsi que toute information pouvant permettre de les identifier.

Résultats

L'analyse thématique d'orientation inductive a permis d'identifier, classer et hiérarchiser plusieurs thèmes. Cette section a pour but d'introduire les principaux résultats qui émergent de ces thèmes. Dans un premier temps, un portrait global des résultats sera présenté à l'aide de cartes conceptuelles. Celles-ci ont pour objectif de représenter de façon graphique et synthétique les résultats obtenus et ainsi fournir une vue d'ensemble de ceux-ci. Dans un deuxième temps, l'ensemble des thèmes seront exposés et décrits. Pour ce faire, un tableau global regroupant tous les thèmes sera d'abord présenté. Par la suite, les différentes sections de ce tableau seront reprises en sous-sections. Pour chacune d'entre elles, un tableau additionnel résumant le matériel abordé sera inclus en introduction.

Portrait global des résultats sous forme de cartes conceptuelles

La première carte conceptuelle (voir Figure 1) présente l'ensemble des dimensions et thèmes principaux obtenus suite à l'analyse du corpus de données et inspirés des questions de recherche. Les grands thèmes, thèmes et sous-thèmes (3 niveaux) s'y retrouvent classés selon les types de dimensions et de thèmes principaux auxquels ils appartiennent.

	Expérience personnelle	Expérience conjugale	Expérience sociale
Thématiques concernant la transition à la maternité	4 grands thèmes 2 thèmes	4 grands thèmes 4 thèmes	2 grands thèmes 2 thèmes
Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle	1 grand thème	4 grands thèmes 8 thèmes 9 sous-thèmes	4 grands thèmes 5 thèmes
Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA	2 grands thèmes	2 grands thèmes	2 grands thèmes 4 thèmes
Thématiques concernant l'hétéronormativité	4 grands thèmes 4 thèmes		

Figure 1. Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait global de la thématisation sous forme de carte conceptuelle.

Les trois dimensions (personnelle, conjugale et sociale) de l'expérience de la transition à la maternité des participantes sont comprises dans les questions d'entrevue et ont aussi émergé spontanément des réponses des participantes. Elles forment les trois colonnes de la carte conceptuelle (Figure 1). Sur le côté gauche, les quatre thèmes principaux forment les lignes (thématiques concernant la transition à la maternité générale; thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle; thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA; thématiques concernant l'hétéronormativité). Trois de ces quatre thèmes principaux (tous à l'exception de *thématiques concernant l'hétéronormativité*) sont également issus des questions d'entrevue. Ces trois thèmes principaux sont divisés selon le type de dimensions de leur expérience (personnelle, conjugale et sociale). Les différents niveaux de thèmes sont classés selon le type d'expériences (personnelle, conjugale et sociale) et de thématiques (thématiques concernant la transition à la maternité générale; thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle; thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA). En revanche, le quatrième et dernier thème principal, soit *thématiques concernant l'hétéronormativité* a émergé spontanément de l'analyse des données : ce concept est apparu comme transversal à la transition à la maternité homosexuelle et au processus de PMA. C'est pourquoi ce thème principal est représenté de manière à inclure deux autres thèmes principaux, soit *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle* et *thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA* (voir le tracé orange); il est à concevoir comme un thème

en trame de fond spécifiquement lié à l'homosexualité sur lequel se déploient les deux autres.

La deuxième carte conceptuelle (voir Figure 2, 3 et 4) présente à nouveau les dimensions et thèmes principaux, mais introduit également les grands thèmes, thèmes et sous-thèmes qui les constituent. Comme pour la première carte conceptuelle (Figure 1), les dimensions forment les colonnes et les thèmes principaux les lignes. Chaque thème principal est associé à une couleur. Cette carte permet de saisir en un coup d'œil les dimensions qui occupent la plus grande partie du discours des participantes, de par le nombre de thèmes qui les constituent. Ainsi, il est possible de constater que les dimensions conjugale et sociale de la transition à la maternité sont celles qui sont davantage détaillées en termes de thèmes, comparativement à la dimension personnelle. À des fins descriptives, la proportion de chaque dimension de l'expérience a été évaluée à l'aide des analyses de fréquence du logiciel. Ces analyses suggèrent que l'expérience sociale est la dimension la plus abordée par les participantes, alors qu'elle représente 29,7 % du contenu abordé. La dimension conjugale occupe la deuxième place en importance, représentant 27,2 % du discours. Ensuite, la dimension personnelle demeure nettement moins abordée, avec un pourcentage de 9,7 %. Finalement, les mêmes analyses de fréquence ont été effectuées pour le thème principal *thématiques concernant l'hétéronormativité* puisqu'il est apparu un thème important, bien qu'il n'ait pas été jugé pertinent de le diviser en dimensions. Celui-ci regroupe à lui seul 12,2 % du contenu évoqué.

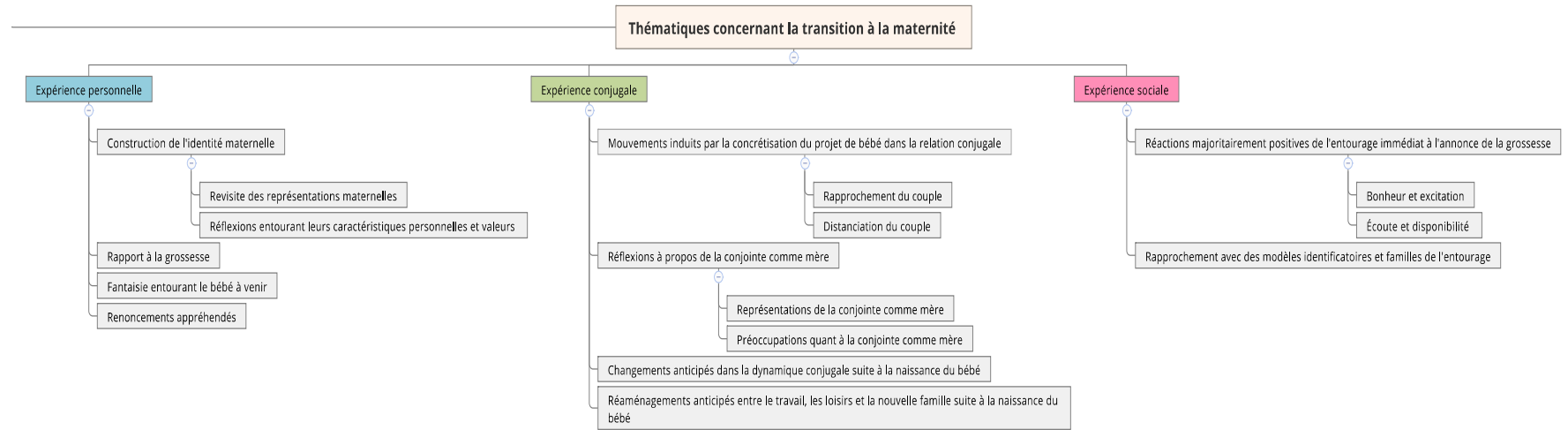


Figure 2 : Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait détaillé des thèmes sous forme de carte conceptuelle (partie 1)

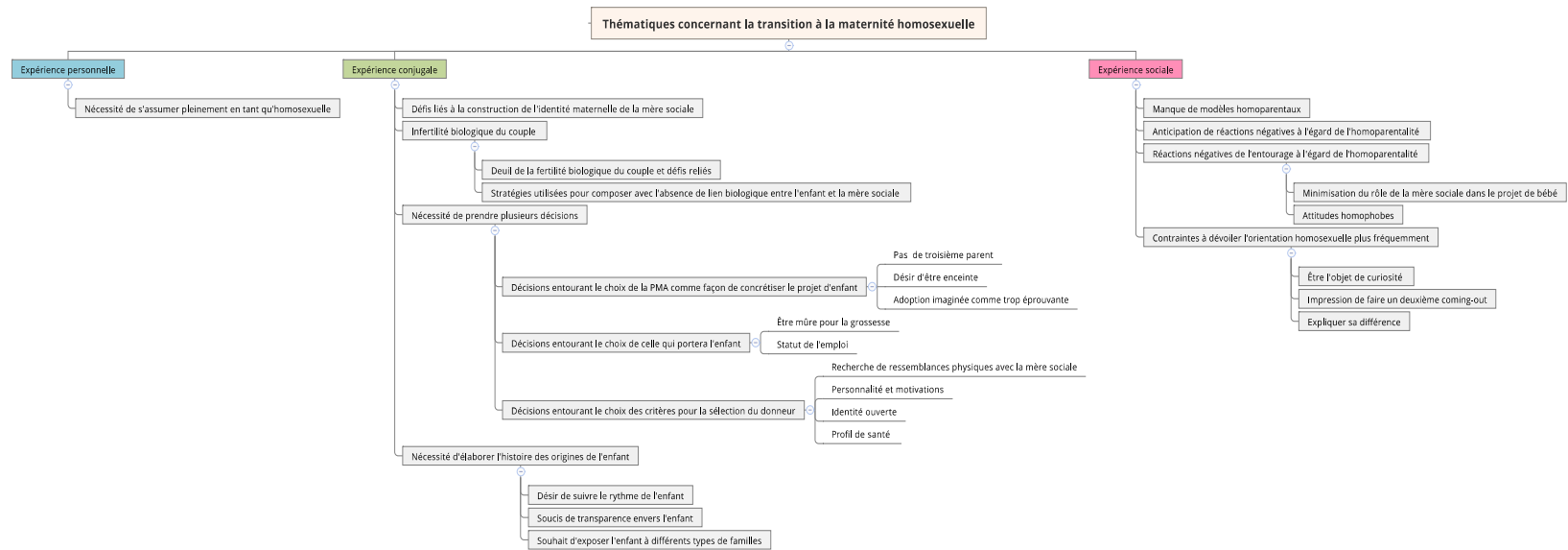


Figure 3 : Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait détaillé des thèmes sous forme de carte conceptuelle (partie 2)

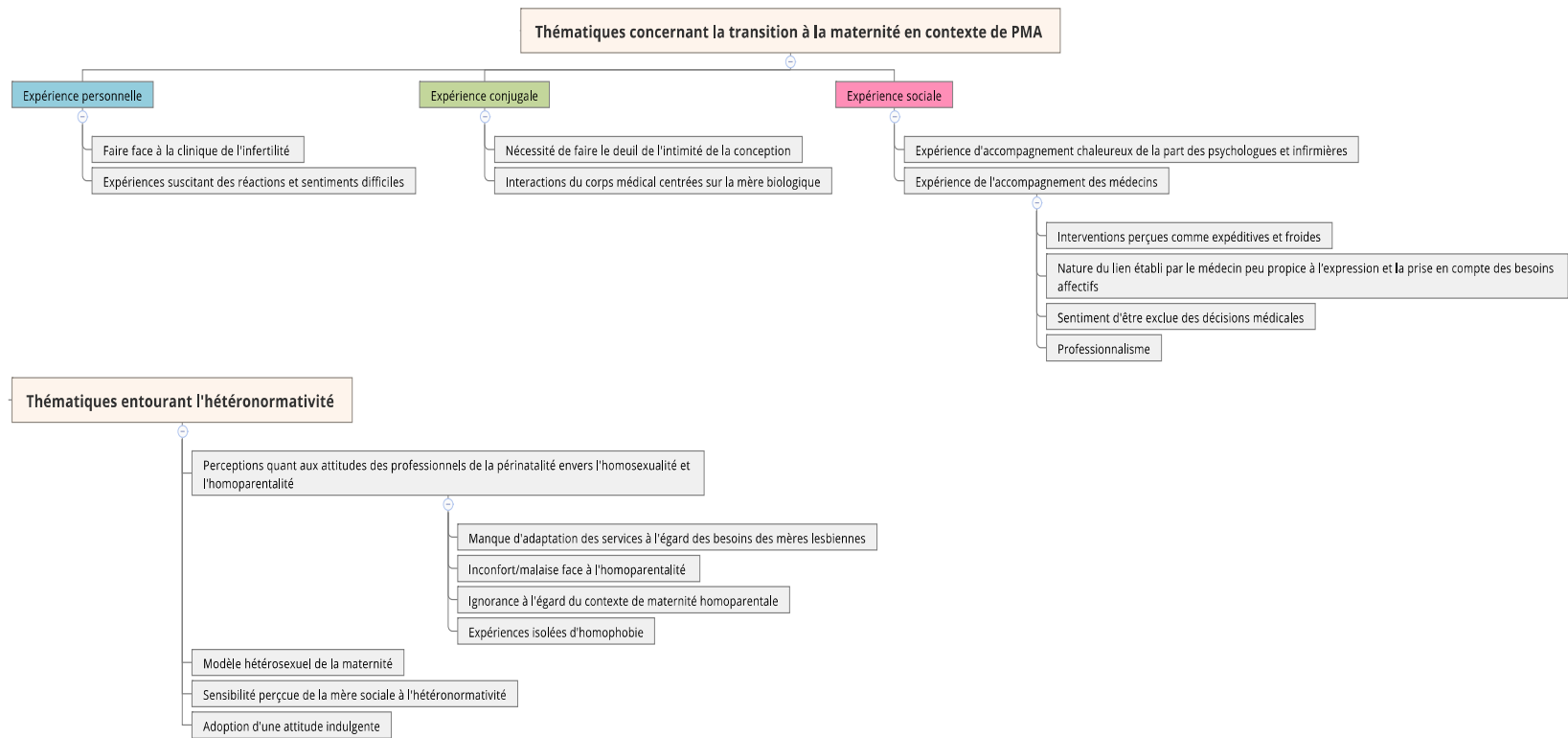


Figure 4 : Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait détaillé des thèmes sous forme de carte conceptuelle (partie 3)

Portrait global des résultats en fonction des différents niveaux de thématisation

L'analyse du corpus de données a permis de hiérarchiser les thèmes en quatre niveaux, soit les thèmes principaux et les grands thèmes, qui peuvent également comporter des thèmes et sous-thèmes. La thématisation des entretiens a permis d'identifier quatre thèmes principaux, 29 grands thèmes, 29 thèmes et neuf sous-thèmes. Le Tableau 1 présente les thèmes principaux et les grands thèmes. En effet, dans le but d'alléger la lecture, seuls les deux premiers niveaux de thématisation sont introduits, soit les thèmes principaux et les grands thèmes. Les trois premiers thèmes principaux sont abordés selon les trois dimensions identifiées, soit l'expérience personnelle, conjugale et sociale. Chaque section de ce tableau est détaillée par la suite : les thèmes et les sous-thèmes y figurent, le cas échéant.

Tableau 1

Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait de la thématisation

	Au plan personnel	Au plan conjugal	Au plan social
Thèmes principaux	Grands thèmes		
I. Thématiques concernant la transition à la maternité	1. Construction de l'identité maternelle 2. Rapport à la grossesse 3. Fantaisies entourant le bébé à venir 4. Renoncements appréhendés	1. Mouvements induits par la concrétisation du projet de bébé dans la relation conjugale 2. Réflexions à propos de la conjointe comme mère 3. Changements anticipés dans la dynamique conjugale suite à l'arrivée du bébé 4. Réaménagements anticipés entre le travail, les loisirs et la nouvelle famille suite à l'arrivée du bébé	1. Réactions majoritairement positives de l'entourage immédiat à l'annonce de la grossesse 2. Rapprochement avec des modèles identificatoires et familles de l'entourage
II. Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle	1. Nécessité de s'assumer pleinement en tant qu'homosexuelle	1. Défis liés à la construction de l'identité maternelle de la mère sociale 2. Infertilité biologique du couple	1. Manque de modèles homoparentaux 2. Anticipation de réactions négatives à l'égard de l'homoparentalité

Tableau 1

Transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA : portrait de la thématisation (suite)

	Au plan personnel	Au plan conjugal	Au plan social
Thèmes principaux	Grands thèmes		
		3. Nécessité de prendre plusieurs décisions 4. Nécessité d'élaborer l'histoire des origines à l'enfant	3. Réactions négatives de l'entourage à l'égard de l'homoparentalité 4. Contraintes à dévoiler l'orientation homosexuelle plus fréquemment
III. Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PM	1. Faire face à la clinique de l'infertilité 2. Expériences suscitant des réactions et émotions difficiles	1. Nécessité de faire le deuil de l'intimité de la conception 2. Interactions du corps médical centrées sur la mère biologique	1. Expérience de d'accompagnement chaleureux de la part des psychologues et infirmières 2. Expérience de l'accompagnement des médecins
IV. Thématiques concernant l'hétéronormativité	1. Perceptions quant aux attitudes des professionnels de la périnatalité envers homosexualité et homoparentalité 2. Modèle hétérosexuel de la maternité 3. Sensibilité perçue de la mère sociale à l'hétéronormativité 4. Adoption d'une attitude indulgente		

Dans le texte qui suit, les résultats sont présentés selon l'ordre du contenu du Tableau 1, qui a été conçu pour être lu de gauche à droite. Le texte est divisé selon le nombre de thèmes principaux, soit en quatre grandes parties, puis selon les 29 grands thèmes qui les composent. Ces 29 thèmes, ainsi que les neuf sous-thèmes qui en découlent, seront décrits en fonction de la manière dont la chercheuse les a conceptualisés au moment de l'analyse des données. Ces thèmes et sous-thèmes seront présentés de la même façon : chacune des descriptions sera accompagnée d'extraits de verbatims révélateurs, tirés des entretiens. En effet, dans leur démarche d'analyse inductive, Blais et Martineau (2006) recommandent l'ajout de citations afin d'illustrer l'essence des thèmes présentés.

Premier thème principal : les thématiques concernant la transition à la maternité

Les propos des participantes portant sur leur expérience du devenir mère au plan personnel ont été regroupés en quatre grands thèmes, soit *construction de l'identité maternelle; rapport à la grossesse; fantaisies entourant le bébé à venir et renoncements appréhendés*. Au plan conjugal, les participantes évoquent les défis rencontrés par tous les nouveaux parents et qui peuvent être organisés en fonction des quatre grands thèmes suivants : *mouvements induits par le projet de bébé dans la relation conjugale; réflexions à propos de la conjointe comme mère; changements anticipés dans la dynamique conjugale et réaménagements anticipés entre le travail, les loisirs et la nouvelle famille suite à la naissance du bébé*. Finalement, la dimension sociale regroupe les différents changements au plan des relations observés par les participantes au cours

de leur transition à la maternité. Deux grands thèmes sont trouvés, soit *réactions majoritairement positives de l'entourage immédiat à l'annonce de la grossesse et rapprochement avec des modèles identificatoires et les familles de l'entourage*.

Notons que de nombreux aspects de la transition à la maternité abordés par les participantes sont explicitement rapportés comme étant indépendants de leur orientation sexuelle. L'extrait suivant en témoigne :

Je pense que, être maman, c'est être maman, au quotidien là... Je pense que, c'est ça qui est beau de la chose, c'est que je vis ce que des millions de femmes ont vécu avant moi, là! (...) Les conseils de ma mère ou de ma collègue de travail sur l'allaitement eh bien... Ça va être aussi bon peu importe mon orientation (sexuelle)!

Au plan personnel. Le Tableau 2 présente les thématiques soulevées par les participantes concernant leur expérience personnelle de la transition à la maternité.

Construction de l'identité maternelle. Ce grand thème est le premier du thème principal portant sur les *thématiques concernant la transition à la maternité*. Les participantes étaient invitées par une question d'entrevue à s'imaginer en tant que mère. Elles ont abordé ce grand thème via deux angles, conceptualisés au moyen de deux thèmes, soient *revisite des représentations maternelles* et *réflexions entourant leurs caractéristiques personnelles et valeurs*.

Tableau 2

Thématiques concernant la transition à la maternité : au plan personnel

Dimension	Grands thèmes	Thèmes
Personnelle	1. Construction de l'identité maternelle	a) Revisite des représentations maternelles b) Réflexion entourant leurs caractéristiques personnelles et valeurs
	2. Rapport à la grossesse	
	3. Fantaisies entourant le bébé à venir	
	4. Renoncements appréhendés	

Revisite des représentations maternelles. Plusieurs participantes mentionnent repenser au type de mère qu'étaient leurs mères, les attitudes maternelles de celles-ci, ainsi que leurs valeurs éducatives, lorsqu'elles étaient elles-mêmes enfant ou adolescente. Cette thématique a été abordée spontanément par certaines participantes, sans lien apparent avec leur propre transition à la maternité, alors que pour d'autres, ces réflexions sont explicitement liées au fait de devenir mère. Pour la majorité des participantes, le fait de repenser au type de mère qu'était leur mère permet de réfléchir à ce qu'elles aimeraient faire différemment. Les extraits suivants provenant de deux participantes témoignent bien de ce processus :

Je pense que c'est tout le temps un peu comme ça... Tu ne t'en rends pas compte, tout est beau, tout est parfait pis... Je veux dire, j'ai jamais eu de problèmes avec ma mère, mais je pense que quand tu t'apprêtes à être mère tu revisites ça pis tu te dis : Ah! C'est vrai me semble que je lui ai demandé de jouer avec moi pis y'avait toujours quelque chose...

Mon expérience avec ma mère elle n'est pas super, ce n'est pas quelque chose que je veux reproduire, au contraire. Mais c'est sûr que j'ai des

bonnes choses que je retire de mon expérience avec ma mère, mais... Ce n'est pas quelque chose que je veux reproduire!

Réflexions entourant leurs caractéristiques personnelles et valeurs. La construction de l'identité de mère fait partie des thématiques abordées par les participantes. Plusieurs participantes s'inspirent de leurs caractéristiques personnelles et de leurs valeurs pour imaginer le type de mère qu'elles seront. Elles le formulent en termes de souhaits ou de réflexions:

J'aimerais être le genre de mère qui montre à son enfant un peu le monde, parce que moi j'ai vraiment trippé sur voyager ! Être ouvert d'esprit, apprendre à être heureux avec des petites choses... T'as pas besoin de beaucoup pour être heureux.

Par ailleurs, quelques participantes ont mentionné craindre l'influence de certains aspects de leur personnalité sur leurs pratiques parentales futures, comme en témoigne l'extrait suivant :

Ça me fait un peu peur parce que je sais que je suis quelqu'un qui est, j'allais dire organisée mais ça dépend un peu de quoi... mais je suis très ordonnée. Pis j'aime que les choses soient faites d'une certaine façon. Alors... Va falloir que j'apprenne un peu de relâchement. J'ai l'impression que je vais être la mère qui répète les règles. J'aime pas ça dire ça, mais j'ai vraiment l'impression que je vais être une mère autoritaire.

Rapport à la grossesse. Les participantes abordent ce que représente pour elles le fait d'être enceinte. Elles ont toutes exprimé du bonheur à cette idée. Plusieurs d'entre

elles mentionnent vivre un rêve qui se réalise. La grossesse semble donc représenter la concrétisation d'un projet dans lequel elles se sont investies, comme le démontre cet extrait :

Je trouve ça un peu magique! C'est un peu difficile de croire qu'il y a un bébé qui grandit dans mon ventre... Ça fait très longtemps que je veux ça, que je veux vivre ça pis je me suis toujours dit que je voulais vivre la grossesse au moins une fois dans ma vie : je trouve ça merveilleux.

Une seule participante aborde une anxiété liée au fait d'être enceinte :

Au début de ma grossesse j'étais super angoissée, ce n'était pas... J'ai eu des saignements au début de ma grossesse et je pense que ça l'a... que ça m'a fait monter le stress! Puis là j'étais comme précautionneuse de tout! Mais là, on dirait que depuis quelques semaines, je commence à être plus relaxe.

Fantaisies entourant le bébé à venir. Le troisième grand thème réfère au fait que les participantes s'imaginent leur bébé, tant au niveau de leurs caractéristiques physiques que de leurs traits de personnalité. Ceci est illustré par l'extrait suivant :

On en parle puis on a des plans sans que ce soit des plans parce qu'on sait très bien les deux que notre enfant va avoir la personnalité qu'il va avoir, les goûts qu'il va avoir... Mais j'ai l'impression que tu t'imagines toujours un peu comment ton enfant va être. Alors, on est pas mal là-dedans.

Renoncements appréhendés. Le dernier grand thème s'inscrivant dans la dimension personnelle des *thématiques concernant la transition à la maternité* est celui des *renoncements appréhendés*. En effet, les participantes rapportent que devenir mère

implique de laisser derrière elles certains aspects de leur vie de jeune adulte. Ceci est surtout abordé sous l'angle des changements qu'impliquera l'arrivée de l'enfant, tel que démontré par ces propos d'une participante :

Je ne sais pas... On sort de l'adolescence, on part de chez nos parents, on commence notre vie, puis là oups! On arrive avec un enfant et là... Ok! Il y a quelqu'un qui dépend de moi... Il y a d'autres responsabilités (...). Je pense qu'en ce moment je suis juste dans un petit vertige (...). C'est super niais mais on déménage bientôt, on s'est acheté un condo puis j'ai vendu mon vélo que j'avais depuis... 3, 4 ans? Qui était comme mon symbole de ma vingtaine! Que j'ai vendu! Alors là je me suis dit : ok, ça s'en vient la vie de maman!

Au plan conjugal. Le Tableau 3 présente les thématiques rapportées par les participantes concernant leur expérience conjugale de la transition à la maternité.

Mouvements induits par la concrétisation du projet de bébé dans la relation conjugale. Ce premier grand thème de la dimension conjugale aborde différents changements qui ont déjà eus lieu au sein de la relation conjugale des participantes. Ces changements sont dus d'une part au sens que prend le projet de bébé pour le couple et d'autre part au processus de concrétisation de ce projet. Ceci semble les amener à se considérer et à s'engager différemment l'une envers l'autre. Selon les propos recueillis, ces changements sont surtout vécus selon deux versants, d'où la présence de deux thèmes.

Tableau 3

Thématiques concernant la transition à la maternité : au plan conjugal

Dimension	Grands thèmes	Thèmes
Conjugale	1. Mouvements induits par la concrétisation projet de bébé dans la relation conjugale	a) Rapprochement du couple b) Distanciation du couple
	2. Réflexions à propos de la conjointe comme mère	c) Représentations de la conjointe comme mère d) Préoccupations quant à la conjointe comme mère
	3. Changements anticipés dans la dynamique conjugale suite à la naissance du bébé	
	4. Réaménagements anticipés entre le travail, les loisirs et la nouvelle famille suite à la naissance du bébé	

Rapprochement du couple. Le premier thème est celui témoignant d'un mouvement de rapprochement, d'une plus grande intimité ou complicité entre les deux partenaires depuis la réalisation du projet de bébé. Les prochains extraits venant de deux participantes différentes suggèrent ceci :

On dirait que de se marier, c'est quasiment rien comparativement à avoir un enfant! Là, je réalise qu'on est vraiment liées pour la vie parce qu'on met quelqu'un au monde, si tu veux.

Ça nous a beaucoup rapprochées... C'est sûr que ça l'a pas été facile la fertilité, pis je pense que s'il y avait eu une fragilité, ça l'aurait pas continué [notre couple]. Parce que ça l'a quand même été difficile, beaucoup d'attentes, beaucoup de pertes, beaucoup de... Toujours vivre échec sur échec... Ça devient lourd. Pendant plusieurs mois on a fait

juste ça, donc de ne pas avoir de vie un peu plus extérieure, ça peut devenir un peu lourd dans le quotidien. Mais ça s'est bien passé, on a traversé ça ensemble.

Distanciation du couple. Dans l'autre versant, les changements qui peuvent être vécus dans un mouvement de distanciation depuis la concrétisation du projet de bébé sont retrouvés. L'extrait suivant en est un exemple :

Il y a des moments où je me sens moins proche [de ma conjointe] aussi, je ne sais pas... J'ai certaines craintes, je m'imagine... déjà que je suis celle qui organise dans le couple, je me dis : je sais que je suis celle qui va en faire plus (...) J'ai eu des moments depuis le début de la grossesse où je me suis dit : est-ce que j'ai vraiment choisi la bonne personne?

Réflexions à propos de la conjointe comme mère. Une question du canevas d'entrevue invitait les participantes à imaginer leur partenaire dans un rôle de mère. Les résultats suggèrent qu'elles abordent cette question sous deux angles, qui forment les deux thèmes de cette section.

Représentations de la conjointe comme mère. Les participantes ont fait part des représentations qu'elles se sont construites de leurs conjointes en tant que mères, à partir de ce qu'elles imaginent. L'extrait d'entrevue suivant incarne bien ce thème :

Je pense qu'elle va être assez relaxe! Je la vois aller avec ses neveux et nièces et c'est juste fantastique : elle a tellement un, un côté rigolo que moi j'ai moins mais qui... Je suis peut-être un peu plus... J'utilise des gros stéréotypes là, mais je suis peut-être un peu plus maternelle? Pis elle est peut-être un peu plus clown, elle va faire toujours des activités et avoir le côté « G.O. » à on !

Les résultats suggèrent également qu'elles devront découvrir leurs propres caractéristiques parentales et celles de leur partenaire et composer avec celles-ci. En effet, elles ne connaissent pas cette partie de la personnalité de leur conjointe, ni d'elle-même. Une participante fait état de ceci dans l'extrait suivant :

J'imagine qu'on va découvrir un peu un côté de l'une et de l'autre qu'on ne connaît pas ni de l'une ni de l'autre, là... Je pense qu'on va juste connaître un côté de l'autre personne qu'on n'avait pas vu jusqu'à maintenant.

Préoccupations quant à la conjointe comme mère. D'autre part, elles partagent les inquiétudes qu'elles ont à l'égard de la manière dont leur conjointe exercera son rôle de mère, comme le soulignent deux des participantes :

J'espère qu'elle va être capable de faire de la discipline, ça c'est une de mes craintes... Je ne veux pas tout le temps être la méchante et pognée à faire ça, c'est plate.

Est-ce qu'elle va être une bonne partenaire, là, avec une division des tâches 50-50? Parce que je n'ai pas l'impression que ça va être toujours ça... Ça va être 70-30 ou 60-40... Alors ça m'insécurise des fois, ça fait que je m'isole un peu dans ma tête...

Changements anticipés dans la dynamique conjugale suite à la naissance du bébé. Ce grand thème de la dimension conjugale des *thématiques concernant la transition à la maternité* concerne les remaniements conjugaux anticipés par les participantes. Plus spécifiquement, les participantes font référence au fait qu'elles bénéficieront de moins de temps pour leur couple lorsque leur bébé sera né. Plusieurs

anticipent la présence de difficultés et envisagent d'utiliser des stratégies ou « mises en garde » mutuelles afin de se rappeler qu'il est important de passer du temps ensemble.

Les extraits qui suivent illustrent bien les préoccupations de deux participantes :

Je pense que c'est les mêmes enjeux qu'à peu près tous les couples, même chose pour un couple hétéro, c'est d'essayer de garder aussi une partie de couple à la relation. Oui on est une famille, mais on est aussi un couple pis on est deux individus. (...) Alors je pense que de conserver cette intimité-là de couple... On en parle pis on a déjà mis des... pas des objectifs je veux pas dire ça... Mais quand même de se garder des sorties entre nous, pis des moments pour nous, pis de faire garder le bébé pis pas culpabiliser parce qu'on n'est pas 24 heures sur 24 avec notre enfant!

Tout le monde le dit, que c'est dur sur un couple... J'espère qu'on va survivre. J'espère qu'on va se trouver du temps pour nous. On s'est dit qu'on allait faire des efforts pour, pour faire garder notre enfant une soirée, se prendre des moments pour nous... Continuer à faire des petites *dates* ici et là. Et pas juste être des mamans et une famille mais aussi d'être un couple.

Réaménagements anticipés entre le travail, les loisirs et la nouvelle famille

suite à la naissance du bébé. Ce grand thème concerne le remaniement des différents aspects de la vie quotidienne (travail, loisirs et famille) du couple. En effet, les participantes font part de leurs réflexions entourant la place que prendront le travail et les loisirs de chacune et l'espace qu'occupera leur nouvelle vie de famille. Dans le prochain extrait, une participante aborde principalement ses préoccupations concernant les changements à prévoir au niveau de ses horaires de travail et de ceux de sa conjointe :

Je pense que c'est plus des préoccupations ces temps-ci par rapport au travail... je me demande... on a des horaires quand même chargés, on

finit tard. Je me demande comment on va faire pour y arriver avec nos horaires (...) Je pense que ma conjointe va avoir plus besoin de temps pour elle. Je pense que c'est une question de personnalité, elle a besoin d'un peu plus... Ben, surtout quand elle travaille, là, sa *job* est assez prenante mentalement. Mais en même, peut-être qu'au contraire elle va arriver à la maison pis ça va être de se vider la tête, ça va être de jouer avec son enfant.

Cette autre participante aborde plutôt la gestion du temps accordé aux loisirs au sein de leur couple :

Côté horaire et gestion des activités, toutes les deux on fait, j'allais dire on fait pas mal de sport mais en fait on fait deux sports mais en grande quantité! Alors moi j'ai hâte de recommencer pis elle, elle est très consciente qu'il va falloir qu'elle réduise un peu parce que là... On est à trois fois par semaine. Alors ça va être la gestion des horaires et des activités et de notre part à chacune là-dedans.

Au plan social. Le Tableau 4 présente les thématiques qui concernent l'expérience sociale de la transition à la maternité des participantes.

Réactions majoritairement positives de l'entourage immédiat à l'annonce du projet de bébé. Ce grand thème de la dimension sociale des *thématiques concernant la transition à la maternité* regroupe les réactions positives des parents, amis et collègues des participantes à l'annonce du projet de bébé ou de grossesse. Les analyses de fréquence réalisées grâce au logiciel QDA ont révélé que les réactions positives de l'entourage sont trois fois plus nombreuses que les réactions négatives. Les réactions

Tableau 4

Thématiques concernant la transition à la maternité : au plan social

Dimension	Grands thèmes	Thèmes
Sociale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réactions majoritairement positives de l'entourage immédiat à l'annonce du projet de bébé 2. Rapprochement avec des modèles identificatoires et familles de l'entourage 	<ol style="list-style-type: none"> a) Bonheur et excitation b) Écoute et disponibilité

majoritairement positives se divisent en deux thèmes, soit *bonheur et excitation* ainsi qu'*écoute et disponibilité*. D'autre part, les réactions négatives de l'entourage sont principalement liées à l'orientation homosexuelle des participantes et seront abordées avec le thème principal suivant.

Bonheur et excitation. Les propos recueillis témoignent du fait que l'entourage réagit avec *bonheur et excitation* à l'annonce de la grossesse. En effet, toutes les participantes – à l'exception d'une seule – rapportent l'emballement que manifestent les proches face à la grossesse et l'arrivée imminente du bébé. Les extraits suivants provenant de trois différentes participantes illustrent bien ce premier thème :

De mon côté, mes parents c'est le premier petit-enfant, alors ils sont aux anges! Ils sont vraiment contents. Sinon, nos amis en général sont juste super excités et contents pour nous.

Tout le monde est hyper content... La plupart savent déjà qu'on essayait depuis longtemps, donc tout le monde est vraiment content que ça l'ait finalement fonctionné.

Quand on leur a annoncé, ils étaient vraiment... C'était à Noël, le *timing* était bon, le dernier cadeau qu'ils ont ouvert c'était le test de grossesse! Ma belle-mère est partie à pleurer et mon beau-père aussi.

Écoute et disponibilité. Dans un deuxième temps, les participantes ont souligné les manifestations de soutien, d'écoute et de disponibilité témoignées par leur entourage, alors qu'elles étaient en voie de concrétiser leur projet de bébé. Ces résultats sont regroupés dans un deuxième thème des réactions majoritairement positives à l'annonce du projet de bébé. L'extrait suivant en témoigne:

Je pense que je me suis sentie bien soutenue surtout qu'à un moment on n'avait pas d'autres sujets de conversation pis je comprends que les gens peuvent être moins intéressés, mais il n'y a pas eu de moment où les gens nous ont dit « ben là, revenez-en! ».

Rapprochement avec des modèles identificatoires et familles de l'entourage. Le deuxième grand thème en lien avec la dimension sociale des *thématiques concernant la transition à la maternité* est celui des *rapprochements avec modèles identificatoires et familles de l'entourage*. Les propos recueillis suggèrent que les participantes recherchent, dans leur transition à la maternité, des modèles de femmes qui « sont déjà passées par là ». Ces femmes-mères agissent tels des repères pour les participantes. Elles ont pour effet de les rassurer face aux épreuves qu'implique le fait de devenir mère. Voici ce que rapportent deux participantes à cet égard :

J'ai un besoin d'être entourée pis d'avoir des références... et c'est plus le fun quand ce sont des amies et des gens que tu côtoies! Je suis vraiment contente d'avoir ça, justement, mon couple d'amies : eux

autres y'en ont d'autres des couples qui ont des bébés, alors avoir des gens plus ou moins proches... Pis même si c'est des gens que je ne côtoie pas nécessairement ben c'est quand même des témoignages que je peux avoir de part et d'autre. Moi je pense que c'est la chose qui me manquerait le plus si j'avais pas ça. Parce que c'est rassurant. Ça t'apprend des affaires.

Deuxième thème principal : les thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle

Les thèmes regroupés sous ce deuxième thème principal témoignent des spécificités liées au fait de devenir mère en contexte d'homoparentalité. En effet, plusieurs enjeux et thématiques du discours des participantes découlent directement de l'orientation homosexuelle. Ceux-ci s'ajoutent aux thèmes propres à la transition à la maternité générale. L'extrait suivant illustre bien ceci :

Je sais que ça va être ça tout le temps [expliquer sa différence]. Déjà, d'être parent, c'est un travail immense. Alors là, pour nous, ça va être un travail à la fois personnel et social.

Au plan personnel. Le Tableau 5 présente les thématiques issues de l'expérience personnelle de la transition à la maternité homosexuelle des participantes rencontrées.

Tableau 5

Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle : au plan personnel

Dimension	Grands thèmes
Personnelle	1. Nécessité de s'assumer pleinement en tant qu'homosexuelle

Nécessité de s'assumer pleinement en tant que femme en relation homosexuelle. Ce grand thème est le seul qui se retrouve sous la dimension personnelle du thème principal *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle*. Il réfère au rapport qu'ont les participantes avec leur orientation sexuelle. En effet, celles-ci font part du fait que la nécessité d'assumer pleinement leur homosexualité s'impose lorsqu'elles ont choisi de devenir mère. Certaines participantes entrevoient la perspective d'un futur enfant comme une occasion de se solidifier au plan identitaire. De ce fait, elles souhaitent être un modèle pour leur futur enfant. Le prochain extrait en témoigne bien :

C'est important pour ma blonde et moi qu'on s'assume entièrement avant d'avoir un enfant. Il n'est pas question que je sois dans la rue pis que je sois gênée que mon enfant dise « Maman! ». Je pense qu'on vient chercher de l'assurance... On s'assume encore plus qu'avant, je pense!

D'autres participantes relatent avoir été confrontées à des préjugés, des jugements ou encore à des questions vécues comme intrusives et affirment que ces situations ont contribué à leur affirmation de soi. Dans l'extrait suivant, la participante voit cette solidité comme un atout pour elle et pour son futur enfant :

Je pense qu'il faut que tu sois plus forte honnêtement... Je veux dire, pas pour minimiser l'expérience des personnes hétérosexuelles, mais on a dû passer par beaucoup de réflexions et d'analyse de soi. Et je pense qu'on se connaît peut-être mieux que d'autres qui n'ont pas eu à passer par là... Pis à s'accepter... Ça l'a été beaucoup, souvent c'est de faire face à des préjugés, à des questionnements pis de garder une confiance en soi, une assurance et une fierté de qui on est, toujours. Pis ça eh bien je pense qu'on le transmet à l'enfant.

Au plan conjugal. Le Tableau 6 présente les thématiques soulevées par les participantes concernant leur expérience conjugale de la transition à la maternité homosexuelle. Cette dimension du thème principal *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle* est celle qui comporte le plus grand nombre de grands thèmes, thèmes et sous-thèmes de l'ensemble des résultats.

Défis liés à la construction de l'identité maternelle de la mère sociale. Ce grand thème de la dimension conjugale concerne l'impression qu'ont les participantes que leurs conjointes éprouvent des difficultés à construire leur identité parentale. À cet égard, il semble que pour la mère sociale, il puisse être plus difficile de devenir mère en n'occupant pas la place habituelle de celle qui est enceinte dans le couple. En effet, l'accès à la maternité de ces femmes se fait d'une façon non-conventionnelle puisqu'elle n'advient pas suite à une grossesse ou à un accouchement, comme le témoigne une participante dans l'extrait suivant :

Je pense que ça l'a été quand même plus difficile pour elle [conjointe], les hauts et les bas, c'était pas son corps, elle savait pas trop comment

Tableau 6

Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle : au plan conjugal

Dimension	Grands thèmes	Thèmes
Au plan conjugal	1. Défis liés à la construction de l'identité maternelle de la mère sociale	
	2. Infertilité biologique du couple	a) Deuil de la fertilité biologique du couple et défis reliés b) Stratégies utilisées pour composer avec l'absence de lien biologique entre l'enfant et la mère sociale
	3. Nécessité de prendre plusieurs décisions	a) Décisions entourant le choix de la PMA comme façon de concrétiser le projet d'enfant b) Décisions entourant le choix de celle qui portera l'enfant c) Décision entourant le choix des critères pour la sélection du donneur
	4. Nécessité d'élaborer l'histoire des origines à l'enfant	d) Désir de suivre le rythme de l'enfant e) Soucis de transparence envers l'enfant f) Souhait d'exposer l'enfant à différents types de famille

le vivre. Je pense que c'est peut-être plus dur pour la deuxième mère parce que veut, veut pas, on est programmées depuis qu'on est toutes jeunes « tu vas être mère, tu vas être enceinte, tu vas accoucher ». Et puis ma blonde, bien, elle va être mère, mais sans être enceinte ni accoucher.

D'autres participantes abordent cette thématique comme une confrontation pour le couple. Selon elles, la société prend pour acquis qu'un lien biologique unit une mère et son bébé. Dans ce contexte, il peut donc être plus difficile pour la mère sociale de trouver une place légitime de mère auprès de l'enfant. Ces propos sont bien présentés dans l'extrait suivant:

Je sais que ça risque de ne pas être positif tout le temps. Nos premiers réflexes quand on voit un bébé c'est de dire « Ah! Il a les yeux à sa mère ou à son père »! On dit toujours ça, puis là à chaque fois ça va faire ressortir le « Ah oui, c'est vrai, mais toi t'es pas la mère biologique, tu n'as pas de lien... » Ils vont à chaque fois verbaliser qu'elle est pas la mère biologique. Alors je sais que ça va être confrontant à chaque fois.

Cette thématique est directement en lien avec le grand thème suivant.

Infertilité biologique du couple. Ce grand thème est le deuxième de la dimension conjugale des *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle*. Selon les propos recueillis, l'avènement de la grossesse confronte les participantes à l'infertilité de leur union et à la nécessité de faire le deuil de la conception naturelle d'un enfant. Ce grand thème est divisé en deux thèmes, soit le *deuil de la fertilité biologique du couple et défis reliés* et les *stratégies utilisées pour composer avec l'absence de lien biologique entre la mère sociale et l'enfant*.

Deuil de la fertilité biologique du couple et défis reliés. Les participantes abordent les sentiments difficiles qu'elles éprouvent lorsqu'elles sont confrontées affectivement au

fait que leur enfant ne pourra en aucun cas être biologiquement lié à ses deux mères. Ces deuils peuvent se faire à différents rythmes ou de différentes façons pour chacune des conjointes. La participante suivante souligne que son deuil a été fait au moment du *coming-out*, mais que sa conjointe l'a vécu plus tard :

J'ai fait mon *coming-out* à 22-23 ans et je pense que le premier deuil que j'ai eu à faire par rapport à mon *coming-out*... Je me rappelle que quand j'ai réalisé que j'étais lesbienne, qu'il y a fallu que je réfléchisse à : ok, mais j'aurai jamais d'enfant avec la personne que j'aime. De conception biologique à deux (...) Je pense que ma conjointe a aussi eu un petit deuil à faire, peut-être plus que moi, parce qu'elle n'est pas la mère biologique. C'est sûr que c'est moi qui porte l'enfant mais je pense qu'il y avait un cheminement justement que j'avais déjà fait à mon *coming-out* : ce cheminement-là, j'ai l'impression qu'elle l'a fait mais très récemment, là!

Certaines abordent également le deuil qu'implique pour elles l'impossibilité de concevoir un enfant dans le cadre d'une relation sexuelle avec leur conjointe. Les propos recueillis donnent à penser que ce moment d'intimité est altéré par le recours aux gamètes d'un donneur. De plus, le recours aux gamètes d'un inconnu peut entraîner certaines craintes à l'égard de la nature du lien de la mère sociale avec le bébé à venir. Ceci constitue un défi supplémentaire. L'extrait verbatim suivant illustre bien ces deux aspects :

C'est sûr que j'aimerais ça dire, que ce soit ma conjointe et moi qui « donnent » un enfant, physiquement et biologiquement! Peut-être que ça va me rattraper en fait? J'ai une amie qui a accouché l'année passée, puis elle a eu un bébé avec sa conjointe, puis c'est quand elle a accouché qu'elle a vraiment eu un petit « Ok! Cet enfant-là vient aussi d'un homme que je ne connais pas! ». Il y a eu un petit recul par rapport

à ça, et c'est peut-être ce qui va m'arriver mais pour le moment, ça va bien.

Stratégies utilisées pour composer avec l'absence de lien biologique entre l'enfant et la mère sociale. Afin de faire face à ces différents défis et deuils, les participantes tentent de plusieurs façons de favoriser l'établissement d'un lien de filiation entre la mère sociale et l'enfant à venir, mais également entre leurs futurs enfants. Par exemple, plusieurs participantes ont pris la décision de donner le nom de famille de la mère sociale à leur enfant. Dans l'extrait suivant, une participante témoigne d'une autre stratégie visant à unir les membres de la fratrie en utilisant le même donneur pour une grossesse future :

Ils vont avoir le même nom de famille, ils vont avoir le même lien de sang qu'ils partagent [même donneur]. Je ne sais pas... C'est pour essayer de rapprocher tout le monde le plus possible. Moi ça l'a été le plus grand deuil, je pense, d'être lesbienne, c'était du fait que je ne pouvais avoir un enfant biologique avec la personne que j'aime.

Nécessité de prendre plusieurs décisions. L'analyse des données recueillies permet de constater que les participantes réfléchissent, discutent et prennent de nombreuses décisions entourant leur projet d'enfant. Ce troisième grand thème de la dimension conjugale des *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle* représente en trois thèmes le type de décisions qui ont dû être prises par le couple. Ces trois thèmes se divisent en sous-thèmes. Les Tableaux 7 et 8 résument chaque thème et sous-thèmes associés.

Tableau 7

Sous-thèmes concernant le choix de la PMA comme façon de concrétiser le projet d'enfant

Grand thème	Thème	Sous-thèmes
Nécessité de prendre plusieurs décisions	a) Décisions entourant le choix de la PMA comme façon de concrétiser le projet d'enfant	i. Absence de troisième parent ii. Désir d'être enceinte iii. Adoption imaginée comme trop éprouvante

Décisions entourant le choix de la PMA comme façon de concrétiser le projet d'enfant. Ce thème regroupe trois sous-thèmes, soit *pas de troisième parent*, *désir d'être enceinte* et *adoption imaginée comme trop éprouvante*. Elle regroupe les différents motifs et réflexions des participantes au moment de choisir la PMA comme façon de concrétiser leur projet d'enfant.

Le premier sous-thème est celui représentant le souhait des participantes de ne *pas inclure un troisième parent* dans leur projet d'enfant. Ce sous-thème est celui qui présente la plus grande fréquence d'apparition dans le discours des participantes, en ce qui a trait à ce grand thème de la dimension conjugale. Plusieurs participantes partagent l'impression que d'être plus de deux parents complexifie les relations parent-enfant et celles entre les parents. L'extrait suivant illustre bien ce propos :

On s'est renseignées aussi sur tout l'aspect légal pis on s'est rendues compte qu'un an après la naissance de l'enfant, le donneur biologique a le droit de revenir avoir un certain rôle dans la vie de cet enfant-là ! Pis je pense que ça nous faisait peur parce qu'on n'a pas envie de faire un enfant à trois. On a envie que nos décisions soient prises ensemble,

nous deux pour le futur de cet enfant-là. Donc c'est pour ça qu'on s'est tournées plus vers une clinique de fertilité.

Tableau 8

Sous-thèmes concernant le choix de celle qui portera l'enfant

Grand thème	Thème	Sous-thèmes
Nécessité de prendre plusieurs décisions	b) Décisions entourant le choix de celle qui portera l'enfant	iv. Être mûre pour la grossesse v. Statut de l'emploi

D'autre part, plusieurs participantes ont précisé ressentir un fort *désir d'être enceinte*, ce qui constitue un deuxième sous-thème. Face à ce souhait d'expérimenter la grossesse et le désir du couple de ne pas inclure un troisième parent, la PMA semblait l'option la plus sûre au plan légal. En effet, les cliniques de PMA répondent à une juridiction qui assure aux deux mères la totalité des droits et responsabilités envers l'enfant et empêche le donneur de gamètes de revendiquer sa paternité. Davantage de précautions légales doivent être prises si l'insémination à la maison avec un donneur connu est choisie, comme le décrit l'extrait suivant :

C'était pas de longues discussions : j'te dirais que les deux on veut vivre la grossesse. Ben moi, je veux vivre la grossesse c'est sûr. À partir de là, il y avait la méthode artisanale, dans notre lit avec quelqu'un qui nous a fourni ce qu'il faut ou on va dans la clinique. On a choisi la clinique pour des aspects légaux, que ce soit notre projet à nous pis qu'il n'y ait pas de tierce personne.

Finalement, les participantes ont pratiquement toutes réfléchi au recours à l'adoption, thématique introduite dans le deuxième sous-thème *adoption imaginée comme trop éprouvante*. Toutefois, comme le titre du sous-thème l'indique, cette option apparaissait pour certaines trop complexe et éprouvante au plan émotionnel, soit pour l'enfant ou pour les participantes elles-mêmes. L'extrait suivant permet d'illustrer ceci :

Moi, j'ai une maman qui a été adoptée et qui a eu beaucoup de blessures, suite à ça (...) Pis c'est peut-être pas juste l'adoption qui a fait ça mais y'a beaucoup de gens adoptés dans ma famille-là... Et on adore leurs enfants, on a beaucoup de plaisir avec eux, mais on voit que c'est beaucoup de travail.

Décisions entourant le choix de celle qui portera l'enfant. Ce thème regroupe deux sous-thèmes, soient *être mûre pour la grossesse* et *statut des emplois*. Ce thème est spécifique à la maternité lesbienne puisque les deux conjointes possèdent l'appareil reproductif permettant de concevoir un enfant. Le premier sous-thème illustre le fait que les participantes se disent davantage prêtes à être enceinte que leur conjointe. Elles évoquent avoir atteint un état de maturité affective et une étape de vie propices à ce processus. Dans l'extrait suivant, une participante distingue le fait de devenir mère du désir de grossesse. Cette distinction aurait aidé le couple à choisir celle qui allait porter l'enfant :

Je pense qu'elle n'est pas prête non plus, mentalement, à être enceinte. Je pense qu'elle est prête à être maman, mais pas à vivre la grossesse on dirait. Mais moi je suis la sœur aînée dans ma famille... Donc je suis habituée de défricher.

Le deuxième sous-thème ayant aidé les participantes à décider celle qui allait porter l'enfant est celui du *statut de l'emploi*, tant au plan pratique que financier. La participante (qui a été désignée pour porter l'enfant) est celle pour qui il était plus simple de prendre un congé de maternité. Également, comme l'expose l'extrait verbatim suivant, la conjointe possède souvent un emploi mieux rémunéré que la participante :

Et après on s'est mise à penser au plan financier et elle a un salaire qui nous supporte plus que le mien! Ça l'a été plus la question financière qui nous a fait choisir (...). On s'est dit qu'on va se faire la main côté équipements et tout ça donc quand on sera rendues au deuxième on sera mieux équipées.

Décisions entourant le choix des critères pour la sélection du donneur. Ce troisième thème des thématiques concernant la maternité homosexuelle au plan conjugal est celui des *décisions à prendre entourant le choix des critères pour la sélection du donneur*. Le Tableau 9 illustre l'ensemble des sous-thèmes abordés par les participantes. Quatre sous-thèmes se dégagent des propos recueillis. Chaque sous-thème représente un critère ayant orienté le choix du donneur de gamètes. Le premier critère est celui de la *recherche de ressemblances physiques avec la mère sociale*. Afin de répondre ce critère, les participantes peuvent consulter l'information accessible sur la fiche du donneur. Peu d'explications sont données pour expliquer ce désir de la part des participantes. L'extrait suivant en témoigne:

On voulait avoir des traces physiques de celle qui n'allait pas avoir les liens biologiques avec l'enfant. C'est tout.

Le second critère recensé est celui de la *personnalité* et des *motivations* du donneur, ou du moins ce qui est possible d'en apprécier à partir de la fiche

Tableau 9

Sous-thèmes concernant le choix des critères pour la sélection du donneur

Grand thème	Thème	Sous-thèmes
Nécessité de prendre plusieurs décisions	c) Décisions à prendre entourant le choix des critères pour la sélection du donneur	vi. Recherche de ressemblances physiques avec la mère sociale
		vii. Personnalité et motivations
		viii. Identité ouverte
		ix. Profil de santé

d'identification et de la lettre motivant le don de gamètes. Plus précisément, les participantes souhaitent que le donneur soit une personne qui leur apparait convenable. Ceci est important puisqu'elles considèrent l'éventuel désir de l'enfant de retracer et rencontrer leur donneur. L'extrait suivant témoigne bien de ce sous-thème :

On est allées avec surtout la lettre de motivation du donneur... Parce que y'en avait vraiment qui étaient... Y'en avait un qui disait à un moment donné qu'il donnait parce qu'il voulait s'acheter un char ! Ok, je sais pas, mais si dans 20 ans quand mon enfant va le contacter? On a finalement trouvé deux donneurs qui correspondaient un peu plus à nos valeurs.

Dans leur lettre, certains donneurs manifestent leur ouverture envers les couples de différentes orientations sexuelles. Ceci a touché certaines participantes, comme l'illustre l'extrait suivant :

On voulait quelqu'un qui nous ressemblait physiquement mais aussi la personnalité, les intérêts (...) Celui qu'on a trouvé, il a mentionné dans sa fiche qu'il faisait un don de sperme pour les couples de toutes sortes et pour les mères célibataires. Nous ça nous a vraiment accrochées, il est comme conscient de tout ça et puis si jamais nos enfants le rencontrent ça ne sera pas quelque chose... de mal, là!

Le troisième sous-thème est celui de *l'identité ouverte* du donneur. En effet, 4 des 5 participantes ont choisi un donneur à identité ouverte, afin d'offrir la possibilité à leur enfant de retracer leur géniteur. Ce critère est souvent accompagné d'une longue réflexion, où les besoins des futures mères (p. ex., souhait d'être deux parents dans leur projet d'enfant) et ceux du futur bébé (p. ex., droit de l'accès à son profil génétique) sont confrontés. L'extrait de verbatim suivant permet d'en apprécier toute la nuance et la complexité :

Il y a quand même des films et de la documentation qui existent un peu aussi par rapport aux enfants qui ont pu avoir accès aux données du donneur biologique. Puis on trouvait ça intéressant de pouvoir offrir ça à notre enfant et de ne pas prendre la décision à sa place. Puis après ça, pendant un petit bout on s'est dit « Ah en même temps est-ce qu'on fait le bon choix, en lui donnant le choix »?... On s'est questionnées encore un peu puis finalement on s'est dit que finalement c'était pas à nous de faire le choix.

Enfin, le quatrième et dernier sous-thème des critères entourant le choix du donneur est celui référant à son *profil de santé*. Selon les données recueillies, ceci est fait dans le but de donner les meilleures conditions génétiques possibles à l'enfant à venir :

Les critères médicaux étaient toujours considérés d'abord. Et on cherchait des gens qui n'avaient pas les mêmes problèmes que moi, j'ai

2-3 petits trucs génétiques et on cherchait des gens qui avaient été testés pour ce genre de trucs-là.

Nécessité d'élaborer l'histoire des origines de l'enfant. Ce grand thème est le dernier de la dimension conjugale des *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle*. Les participantes sont conscientes qu'il leur est impossible de cacher à leur enfant ses origines biologiques. Ce contexte les amène donc à réfléchir à la façon dont elles souhaitent lui présenter l'histoire de sa conception. Ce grand thème se divise en trois thèmes, soient *le désir de suivre le rythme de l'enfant*, *le souci de transparence envers l'enfant* et *le souhait d'exposer l'enfant à différents types de familles*.

Désir de suivre le rythme de l'enfant. Lorsqu'elles s'imaginent lui transmettre l'histoire de sa conception, les participantes font preuve d'une sensibilité face aux stades développementaux de l'enfant. Le court extrait suivant représente bien le désir des participantes de s'adapter au rythme du jeune enfant :

On n'a pas l'intention de cacher rien, mais on a l'intention d'attendre le moment opportun pour suivre son rythme. Aussitôt qu'on est capables de dire que quelqu'un nous a fait un don pour qu'il puisse exister, eh bien on lui dira.

Souci de transparence envers l'enfant. Le deuxième thème témoigne du fait que les participantes se sont préparées à faire face aux questions de l'enfant. Elles ont conservé la fiche du donneur afin de permettre à l'enfant d'y accéder et d'en prendre

connaissance en temps et lieux. C'est dans un contexte d'ouverture et de franchise qu'elles souhaitent accueillir les questionnements de leur futur enfant quant à son bagage génétique. Le prochain extrait de verbatim montre bien ceci :

On sait qu'on veut être ouvertes à en parler. On sait qu'on veut rendre accessible la fiche du donneur aussi. Pas quand il va avoir trois ans admettons! Mais quand il va avoir 10 ans... je pense qu'on veut y permettre de savoir ce qu'il veut savoir et de ne pas lui cacher nécessairement rien.

Souhait d'exposer l'enfant à différents types de familles. Afin que l'enfant puisse constater que d'autres enfants évoluent au sein de configurations familiales diverses, les participantes ont prévu de l'exposer à plusieurs types de familles. Ceci a pour objectif de le sensibiliser à la diversité pour qu'il puisse ainsi mieux la comprendre. Ces deux extraits verbatims provenant de deux participantes différentes illustrent ce sous-thème :

Je pense beaucoup au futur de mon enfant avec deux mères aussi, pis je pense qu'on a de la chance d'avoir des couples d'amies qui vont avoir un bébé pis qui tombent enceintes... Notre enfant va voir la réalité de d'autres mamans pis de d'autres enfants qui ont une maman pis un papa pis d'autres enfants qui ont juste une maman!

On a acheté d'autres livres de deux papas, de deux mamans... Parce qu'on veut l'exposer à tous les modèles parentaux pour qu'il sache qu'il y a plein de choses qui existent pis qu'il n'est pas tout seul à avoir deux mamans pis à avoir eu un donneur.

Au plan social. Le Tableau 10 illustre les thématiques soulevées par les participantes concernant leur expérience sociale de la transition à la maternité homosexuelle.

Tableau 10

Thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle : au plan social

Dimension	Grands thèmes	Thèmes
Sociale	1. Manque de modèles homoparentaux	
	2. Anticipation de réactions négatives à l'égard de l'homoparentalité	
	3. Réactions négatives de l'entourage à l'égard de l'homoparentalité	a) Minimisation du rôle de la mère sociale dans le projet de bébé b) Attitudes homophobes
	4. Contraintes à dévoiler leur orientation sexuelle plus fréquemment	c) Être l'objet de curiosité d) Impression de faire un deuxième coming-out e) Expliquer sa différence

Manque de modèles homoparentaux. Ce premier grand thème de l'expérience sociale des *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle* évoque l'absence de modèles de familles homoparentales, telle que rapportée par les participantes. L'extrait suivant représente bien cette situation :

Être parent, d'abord, c'est pas ... Tu ne peux pas dire : « Être parent, c'est comme ça, XYZ »! Et de toute façon, dans notre situation à nous, c'est un peu comme ça toujours! On a encore plus d'éléments pour dire qu'on n'a pas de modèles. On ne connaît pas une tonne de mères homosexuelles pour se dire « Comment on fait ça donc? ».

Ce contexte peut entraîner un sentiment de solitude, comme en témoigne l'extrait suivant :

C'est tellement gros comme étape... pis y'a peu de ressources pis tu te sens un peu seule en tant que couple homosexuel à faire ça...

Anticipation de réactions négatives à l'égard de l'homoparentalité. Les propos regroupés sous ce thème donnent à penser que certaines participantes anticipent (ou ont anticipé) des réactions négatives de la part de leur entourage à l'annonce de leur projet de bébé ou de leur grossesse. Ces anticipations sont directement en lien avec le fait que le bébé à venir est conçu au sein d'une famille homoparentale. Cet extrait en témoigne :

J'avais peur qu'en lui [père de la participante] annonçant il soit plus ou moins heureux... Ça me stressait beaucoup. Alors c'est à lui que je l'ai dit en dernier (...) Puis finalement il était super heureux, il s'est levé et il est venu nous faire un câlin aux deux.

Réactions négatives de l'entourage à l'égard de l'homoparentalité. L'analyse des propos des participantes permet de constater que certaines des appréhensions abordées dans le grand thème précédent sont fondées sur des expériences interpersonnelles vécues difficilement par les participantes. En effet, certains propos font état de *réactions négatives de l'entourage à l'annonce du projet homoparental*. Ces dernières sont regroupées en deux thèmes, soit la *minimisation du rôle de la mère sociale dans le projet de bébé* et les *attitudes homophobes*.

Minimisation du rôle de la mère sociale dans le projet de bébé. Ce thème rassemble les commentaires maladroits de l'entourage, en réaction à l'aspect non-conventionnel de la famille homoparentale aux yeux de certains. Les commentaires portent surtout sur des préoccupations concernant l'absence de lien biologique entre la mère sociale et l'enfant à naître. Ceci a pour effet de minimiser son rôle dans le projet de bébé, comme l'évoquent les extraits suivants provenant de différentes participantes :

Toute l'idée aussi que ma blonde c'est pas celle qui porte le bébé, y'a beaucoup de gens qui ont tendance à pas réaliser qu'elle est aussi engagée dans cette histoire. Mais ça je pense qu'on va le vivre toute notre vie. Pis on s'est dit qu'on dirait pas qui a porté l'enfant, parce qu'on trouve que c'est pas important,

À Noël, mes parents m'ont dit que ma blonde n'allait pas être la « vraie » mère.

Les parents de ma conjointe, quand on parlait de ça au début... Je sais qu'il y a eu des discussions où je n'étais pas là et qu'au début la mère de ma conjointe a dit qu'ils ne pourraient jamais aimer autant l'enfant que je porte que l'enfant qu'elle va porter.

Ces commentaires sont vécus comme blessants pour les participantes qui craignent que leur conjointe voit leur lien à l'enfant affecté par les attitudes et commentaires de l'entourage.

Attitudes homophobes. Certaines participantes rapportent avoir fait face à des attitudes homophobes de la part de leur entourage à l'égard du projet homoparental, comme le montre cet extrait :

Mon père habite à l'extérieur du pays, puis sa femme, elle est plus jeune et elle vient d'un autre pays, elle est très religieuse, homophobe aussi, elle a pas voulu me rencontrer quand ils ont commencé à sortir ensemble... Elle désapprouve beaucoup mon style de vie et le fait qu'on avait un projet de bébé.

D'autres évoquent plutôt des liens coupés avec leur famille depuis leur coming-out. La participante suivante mentionne que sa famille ne serait pas au courant du projet de bébé :

Ma famille ne sait pas que je suis enceinte, ils connaissent comme rien. Dans ma famille, c'est affiché l'homophobie. À un moment donné, tu te dis, c'est comme ça, ça va être comme ça... Mais pour ma conjointe, ce n'est pas si clair que ça. Donc pour sa famille à elle, quand on était en 4^e année de parcours et quand elle a présenté notre désir d'enfant à sa famille et puis ça n'a pas bien été. C'était un gros bogue avec un « b » majuscule.

Contraintes à dévoiler l'orientation sexuelle plus fréquemment. Ce quatrième et dernier grand thème de la dimension sociale des *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle* regroupe trois thèmes, soit *être l'objet de curiosité, impression de faire un deuxième coming-out et expliquer sa différence.*

Être l'objet de curiosité. Dévoiler leur projet d'enfant à l'entourage donne l'impression aux participantes de faire l'objet d'un intérêt particulier, puisque le processus pour parvenir à la grossesse est atypique. Pour les participantes, la curiosité

d'autrui à l'égard de leur projet de bébé est vécue de manière positive, comme en témoigne l'extrait verbatim suivant :

Au travail, quand tu dis que t'as un projet d'enfant, surtout les femmes hétérosexuelles sont comme : « Comment tu fais ça ?! ». Puis tu réponds : « Ah ben j'ai choisi le donneur par internet et le sperme vient par FedEx! ». Puis là tu as gagné leur attention pour des heures... Les gens étaient, c'était un sujet de curiosité, qui m'a rapprochée des gens en fait.

Impression de faire un deuxième coming-out. Avec la grossesse et l'arrivée imminente du bébé, les participantes et leurs conjointes sont davantage confrontées à des questions portant sur leur intimité. Dans ce contexte, elles se retrouvent parfois à dévoiler leur orientation sexuelle, jusque-là gardée secrète ou non-spécifiée. Ce dévoilement est souvent fait sur une base volontaire. La participante suivante illustre bien ceci dans l'extrait suivant :

Je m'affiche comme lesbienne, mais je ne fais pas un effort pour que les gens me perçoivent comme lesbienne. Mais... même dans un cours j'avais un élève, qui est père de famille, qui me demandait en voyant que j'étais enceinte (...) « et ton conjoint...? » et là j'ai dit « Ma conjointe »... Il n'y a pas de contexte social où je ne m'affiche pas, mais là je l'avais pas encore fait.

Ceci peut être d'autant plus vrai pour la mère sociale, qui annonce son projet d'enfant sans être enceinte, comme l'explique une participante dans l'extrait suivant :

Une fois de temps en temps quand ma conjointe s'apprête à revoir... ou elle a croisé au hasard quelqu'un qu'elle connaissait y'a longtemps, je sais qu'il y a toujours un petit malaise là. De dire « je vais être maman,

mais je suis pas enceinte ». Pis là les « Ah? T'étais pas avec un gars toi? » Et là de devoir expliquer...

Expliquer sa différence. Ce thème témoigne de la façon dont les différentes particularités propres à l'expérience de l'homosexualité ou de l'homoparentalité des participantes sont reçues par la société. Aux yeux des autres, elles ont l'impression d'être étranges. Le projet d'enfant est une occasion de plus où elles doivent s'exposer au regard d'autrui et expliquer cette différence. L'extrait verbatim suivant évoque comment l'expérience sociale peut être vécue plus difficilement par les participantes :

Vivre avec les regards, c'est ça, toujours expliquer, toujours être différents, devoir se le faire rappeler. Parce que nous on oublie là, au quotidien, qu'on est différente! C'est vrai, ma blonde le disait, ça la frappe dernièrement. Elle disait « J'oubliais que j'étais bizarre d'être lesbienne! » Puis là, on dirait que depuis que je suis enceinte, il y a beaucoup de situations où on se le fait rappeler.

Troisième thème principal : les thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA

Les thèmes qui sont regroupés sous ce troisième thème principal illustrent les singularités liées au fait d'avoir recours à la PMA afin de concrétiser un projet parental. L'analyse des propos recueillis permet de constater que les participantes abordent des préoccupations qui peuvent être partagées par l'ensemble des futurs parents qui ont recours à la PMA, peu importe l'orientation sexuelle. Comme dans les sections précédentes, les résultats sont présentés selon les trois types d'expérience, soit personnelle, conjugale et sociale.

Au plan personnel. Le Tableau 11 présente les thématiques soulevées par les participantes concernant leur expérience personnelle de la transition à la maternité en contexte de PMA.

Faire face à la clinique de l'infertilité. Ce premier grand thème de l'expérience personnelle des *thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA* illustre la confusion que peuvent ressentir les participantes quant à l'état de leur fertilité. En effet, préalablement au début des traitements, les participantes ont fait de nombreux tests de fertilité ayant pour objectif de s'assurer du bon état de leur système reproductif. De telles procédures s'avèrent obligatoires pour tous les patients souhaitant avoir recours à la PMA. Ainsi, ce thème souligne que compte tenu de la proximité avec la clinique de l'infertilité, proximité inhérente au contexte du processus de PMA, les participantes ont souvent cru à tort être infertiles. Ceci est illustré par les deux extraits suivants, venant de deux participantes différentes :

On est tellement collées là-dessus... Je l'ai vécu à chaque fois que je vivais une déception je me disais : « Ok! Je suis infertile! ». On dirait que j'avais toujours l'idée qui me passait en tête, et après de me dire, comme « Non, je suis pas infertile, mais oui je suis en clinique de fertilité... » Et oui il y a tout plein de procédés et examens hyper, hyper rigoureux mais... C'est de l'aide à la fertilité dans notre cas, en fait!

Il y a des tests que je trouvais un peu inutiles... En fait, ils me traitaient comme si j'étais un couple hétéro qui avait un problème de fertilité (...). J'aurais apprécié qu'ils prennent pour acquis que mon système fonctionnait très bien et que l'on s'essaye comme ça, sans avoir à passer à travers tout ça. Là, c'était comme si on arrivait « Bon alors vous avez

des problèmes de fertilité, on va vérifier votre système reproductif » et c'était un peu inutile de faire tout ça, mais... Ce ne l'était pas tant que ça non plus parce qu'ils veulent pas dépenser alors que ça pourrait ne pas marcher.

Tableau 11

Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA : au plan personnel

Dimension	Grands thèmes
Personnelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire face à la clinique de l'infertilité 2. Expériences suscitant des réactions et sentiments difficiles

Expériences suscitant des réactions et sentiments difficiles. Selon les propos recueillis, le processus de PMA a suscité des réactions et émotions douloureuses chez les participantes. Elles sont de l'ordre de l'anxiété, d'une impression de perte de contrôle, de la déception, de l'impuissance ou de la frustration à l'égard de la longueur du processus. Ceci est illustré par l'extrait d'entrevue suivant :

Moi j'étais très, très impatiente... Je le suis toujours encore aujourd'hui et je ne suis pas toute seule non plus là... Mais beaucoup d'impatience. Et parfois de la colère parce que ça ne fonctionnait pas assez vite à mon goût. (...) Tout le processus de fertilité, ça n'a pas été facile! C'était beaucoup de voyage, beaucoup d'organisation, beaucoup d'attentes...

Au plan conjugal. Le Tableau 12 présente les thématiques soulevées par les participantes concernant leur expérience conjugale de la transition à la maternité en contexte de PMA.

Tableau 12

Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA : au plan conjugal

Dimension	Grands thèmes
Conjugale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nécessité de faire le deuil de l'intimité de la conception 2. Interactions du corps médical centrées sur la mère biologique

Nécessité de faire le deuil de l'intimité de la conception. Tel que mentionné sous le grand thème *infertilité biologique du couple*, dans la dimension conjugale des *thématiques concernant la transition à la maternité homosexuelle*, l'impossibilité de concevoir naturellement un enfant avec leur conjointe a pu impliquer un renoncement douloureux pour certaines participantes. Ainsi, le dernier grand thème de l'expérience conjugale des *thématiques concernant le recours à la PMA* aborde la nécessité de renoncer à l'intimité au moment de concevoir l'enfant. En effet, la conception du bébé s'est déroulée à la clinique de fertilité et en présence de plusieurs personnes, plutôt qu'au domicile et dans l'intimité des participantes. Pour certaines, ce deuil est vécu avec plus de difficultés que pour d'autres, comme les deux extraits suivants de participantes différentes l'illustrent :

C'est sûr que j'aimerais ça dire... que ce soit ma blonde et moi qui « donnent » un enfant physiquement et biologiquement (...). Et puis, le fait que ce soit à l'hôpital aussi... On ne l'a pas fait dans notre chambre, dans notre intimité, tu sais.

C'est sûr que... Une insémination ce n'est pas romantique! Mais quand même... Je ne sais pas, on sait qu'on est chanceuses d'être là alors on n'est pas... On va pas chialer sur le fait que c'est pas romantique, sinon...

Interactions du corps médical centrées sur la mère biologique. Plusieurs participantes ont remarqué que les professionnels de la santé s'adressaient principalement à elles lors des rendez-vous. Ceci a eu pour effet de mettre de côté la mère sociale, qui a pu le vivre comme de l'exclusion, voir même un rejet. L'extrait d'entrevue suivant représente ce grand thème :

Quand les médecins rentraient pour faire l'insémination, ils ne parlaient qu'à moi! Comme si... ma conjointe n'existait pas en fait! Mais... Surtout de considérer l'autre personne... Je peux comprendre en même temps que pour eux ils ne savent pas trop si c'est l'amie qui tient la main de son amie, ou je ne sais pas... Mais ma conjointe aurait aimé être plus considérée dans ces étapes-là.

Au plan social. Le Tableau 13 présente les thématiques rapportées par les participantes concernant leur expérience sociale de la transition à la maternité en contexte de PMA. L'implication au sein d'un processus de PMA suppose invariablement que les participantes côtoient différents médecins spécialistes, infirmières et professionnels. Les interactions avec eux ne sont pas à proprement parler des expériences de soutien social, tel que défini au sein de la documentation scientifique (qui se limite au soutien offert par la famille et les amis). Toutefois, comme les participantes sont amenées à rencontrer ces intervenants fréquemment et qu'ils semblent avoir un impact considérable sur ces femmes, il convient selon nous d'intégrer leurs perceptions quant à cet accompagnement sous la dimension sociale.

Tableau 13

Thématiques concernant la transition à la maternité en contexte de PMA : au plan social

Dimension	Grands thèmes	Thèmes
Sociale	1. Expérience d'accompagnement chaleureux de la part des psychologues et infirmières	
	2. Expérience de l'accompagnement des médecins	a) Interventions perçues comme majoritairement expéditives et froides b) Nature du lien établi par le médecin peu propice à l'expression et la prise en compte des besoins affectifs c) Sentiment d'être exclue des décisions médicales d) Professionnalisme

Expérience d'accompagnement chaleureux de la part des psychologues et infirmières. Le premier grand thème de l'expérience sociale de la *transition à la maternité en contexte de PMA* est celui portant sur l'accompagnement des participantes par les psychologues et infirmières des cliniques de PMA. Les analyses de fréquence réalisées avec le logiciel QDA ont révélé que ces expériences de soutien s'avèrent l'un des thèmes les plus fréquemment abordés par les participantes. Dans le cadre de ces interventions, les professionnels rencontrés offrent des conseils et une réassurance qui dépassent l'unique application de traitements médicaux. À travers les propos recueillis, il semble que le contact sensible et chaleureux avec les professionnels ait un effet positif

sur l'expérience des participantes. Les deux prochains extraits le démontrent bien, alors que les participantes étaient en relation avec des psychologues et infirmières :

Les infirmières elles étaient super. (...) Je voyais l'infirmière une fois par mois pis l'infirmière qu'on a vue après les rendez-vous avec notre médecin était bien sympathique. Elles étaient comme, pas énervées, mais elles étaient plus avec nous dans notre processus. Elles nous souhaitaient bonne chance, tout ça...

C'était vraiment fun la rencontre avec la psy! Ce n'était pas une évaluation de nous, elle parlait des différentes options justement... De donneurs ouverts, fermés, des statistiques par rapport à ça (...) C'était très humain, pis c'était pas du tout un jugement sur nous.

Expérience de l'accompagnement des médecins. Ce deuxième et dernier grand thème de l'expérience sociale de la *transition à la maternité en contexte de PMA* est celui représentant l'expérience de soins par les différents médecins rencontrés. Les analyses de fréquence démontrent que les participantes font part d'une expérience majoritairement négative avec ceux-ci, contrairement à ce qui a été vécu avec les psychologues et les infirmières. L'occurrence de ces propos est aussi élevée que l'expérience de soutien reçu de la part des psychologues et des infirmières. Ce grand thème se divise en quatre thèmes, soit *interventions perçues comme expéditives et froides; nature du lien établi par le médecin peu propice à l'expression et la prise en compte des besoins affectifs; sentiment d'être exclue des décisions médicales et professionnalisme.*

Interventions perçues comme expéditives et froides. Les participantes relatent que c'est d'abord avec excitation, émotion et bonheur qu'elles ont entrepris le processus de PMA. Or, au contact des médecins, elles affirment avoir été frappées par l'aspect aseptisé, protocolaire et froid du contact. Pour certaines, cette froideur a même motivé un changement de médecin ou de clinique. Les deux extraits suivants illustrent bien la déception ressentie par deux des participantes :

On dirait qu'il prenait pour acquis qu'on devrait tout savoir alors que... C'est la première fois, c'est un processus qu'on ne connaît pas, c'est clair qu'on sait rien de tout ça! Je comprends que c'est répétitif pour lui, mais en tout cas il nous l'a fait sentir pis j'aurais mieux aimé pas le sentir.

La première rencontre où on a eu les informations, c'était assez bref. Ça l'a duré comme, 20 minutes max. La médecin m'a détaillé tous les tests et où est-ce qu'il fallait que j'aille pis zoom! C'était assez vite pour un processus qui t'implique corps et âme! Ça aurait pu être plus détaillé... Je sais qu'il y avait beaucoup d'infos sur leur site web en complément, mais je sentais que... j'avais la base à mettons. Ce n'était pas sécurisant nécessairement comme processus.

Nature du lien établi par le médecin peu propice à l'expression et la prise en compte des besoins affectifs. Ce deuxième thème fait référence au peu de place donnée par les médecins rencontrés à la communication des besoins affectifs. Les participantes rapportent s'être senties peu à l'aise de poser leurs questions ou partager leurs inquiétudes, car la nature du contact qu'établit le médecin avec elles leur semblait peu propice à ce type d'échanges. Plusieurs participantes ont remarqué le peu de place laissé à leurs besoins affectifs suite à leur recours à d'autres ressources (p. ex., maison

de naissance). Dans l'après-coup, ceci a pu susciter une impression de contraste, comme en témoigne l'extrait verbatim suivant :

C'est sûr que ça l'a été vraiment très médical, avec les médecins et tout... c'est sûr qu'on a trouvé ça, mais je pense juste dans l'après-coup. Parce qu'on est arrivées à la maison de naissance, c'est un constat que j'ai fait et aussi ma conjointe : ça contrastait tellement avec tout ce qu'on avait vécu avant en PMA! Notre sage-femme, elle peut prendre une heure pour nous rencontrer... Pas 10 minutes sur le coin d'une table, comme le médecin.

Sentiment d'être exclue des décisions médicales. Plusieurs participantes ont abordé ce troisième thème, qui fait référence au sentiment de ne pas être impliquée suffisamment dans les décisions médicales. Une impression de désappropriation du projet de bébé est rapportée par les participantes. L'extrait suivant illustre bien cette impression :

J'avais juste le minimum d'informations pour justifier la décision que le médecin ou le professionnel de la santé avait prise. Pas d'informations pour que moi je prenne ma décision à moi. Je ne pense pas qu'il me présentait les deux côtés de la médaille. Juste le côté qui justifiait vraiment l'action qu'ils avaient décidée déjà. Bref... Je pense que je n'avais pas assez d'informations et que je n'étais pas invitée assez souvent à prendre des décisions sur mon parcours comme cela devrait.

Professionnalisme. Ce quatrième et dernier thème fait référence à un aspect positif de l'expérience de l'accompagnement des médecins. En effet, l'ensemble des participantes mentionnent avoir malgré tout confiance en leur médecin. Ceci a été

particulièrement bénéfique pour une participante qui a précédemment connu des expériences difficiles :

Je suis finalement tombée sur un médecin consciencieux, qui était pas méchant, juste ça! Un médecin qui faisait sa profession de médecin, comme ça l'aurait dû être depuis le début! Quand j'ai commencé avec lui, y'a comme une lourdeur qui a été enlevée du processus.

Une autre participante reconnaît également la compétence des médecins rencontrés :

J'ai l'impression qu'ils savaient ce qu'ils faisaient, qu'ils connaissaient très bien leur job pis leur secteur dans lequel ils travaillent aussi.

Quatrième thème principal : les thématiques concernant l'hétéronormativité

Ce dernier thème principal se distingue des trois précédents du fait qu'il n'est pas structuré en fonction des dimensions personnelle, conjugale et sociale. En effet, l'analyse du corpus de données permet de constater que l'hétéronormativité est un concept transversal à l'expérience de la transition à la maternité des femmes homosexuelles ayant eu recours à la PMA pour concrétiser leur projet de bébé, puisqu'il teinte l'ensemble de ce processus et ce, de différentes façons. D'autre part, les analyses de fréquence faites au moyen du logiciel QDA démontrent que l'hétéronormativité est le concept le plus fréquemment observé dans l'ensemble du discours des participantes. Ce thème principal apparaît donc central à leur expérience. Dans cette dernière section, quatre grands thèmes et quatre thèmes issus de l'analyse seront présentés (voir Tableau 14).

Tableau 14

Thématiques concernant l'hétéronormativité

Grands thèmes	Thèmes
1. Perceptions quant aux attitudes des professionnels de la périnatalité envers l'homosexualité et l'homoparentalité	a) Manque d'adaptation des services à l'égard des besoins des mères lesbiennes b) Inconfort/malaise face à l'homoparentalité c) Ignorance à l'égard du contexte de maternité homoparentale d) Expériences isolées d'homophobie
2. Modèle hétérosexuel de la maternité	
3. Sensibilité perçue de la mère sociale à l'hétéronormativité	
4. Adoption d'une attitude indulgente	

Perceptions quant aux attitudes des professionnels de la périnatalité envers l'homosexualité et l'homoparentalité. Dans ce premier grand thème, on retrouve la tendance générale des professionnels œuvrant dans le domaine de la périnatalité (c.-à-d. médecins et professionnels offrant les traitements de PMA, les suivis de grossesse et les cours prénataux) à adopter un modèle hétéronormatif dans leur travail auprès des futurs parents. À différents moments de l'entrevue, les participantes ont partagé des situations lors desquelles elles ont ressenti l'omniprésence de ce modèle de référence. De plus, l'analyse de fréquence réalisée à l'aide du logiciel QDA met en évidence que les expériences de manque de soutien (spécifiquement en lien avec l'homosexualité ou l'homoparentalité) sont quatre fois plus nombreuses que les expériences de soutien. Ce grand thème est divisé en quatre thèmes hiérarchisées par degré d'intensité, soit le

manque d'adaptation des services à l'égard des besoins des mères lesbiennes, l'inconfort/malaise face à l'homoparentalité, l'ignorance à l'égard du contexte de maternité homoparentale et les expériences isolées d'homophobie.

Manque d'adaptation des services à l'égard des besoins des mères lesbiennes.

Ce premier thème aborde le manque d'adaptation des services face aux besoins des couples lesbiens fondant une famille. Plusieurs participantes identifient une certaine négligence du système de santé quant à la nécessité de s'adapter à leurs besoins et spécificités. Dans l'extrait suivant, une participante explique qu'elle pensait pouvoir amorcer le processus de procréation sans avoir statué laquelle des futures mères allait porter le bébé (ce couple souhaite fonder une famille de plusieurs enfants et toutes deux désirent porter un des enfants). Ainsi, ce contexte de manque d'adaptation aux besoins des femmes homosexuelles a précipité cette décision, que la participante et sa conjointe jugent importante dans le cadre de la réalisation de leur projet de bébé :

En fait, ils sont habitués à faire mère et père. Au premier rendez-vous, on n'avait pas encore pris la décision laquelle de nous allait porter. On s'était pas mal entendues sur le fait que c'était moi, mais on avait comme pas statué (...). On pensait qu'on pouvait faire les premiers tests les deux et choisir en temps et lieux. C'est la seule fois que le fait qu'on soit deux filles soit comme... Ça n'a pas fait de conflit, mais disons que ça nous a précipitées un peu! Il a fallu qu'on s'entende devant le médecin... j'aurais aimé qu'ils m'avertissent au téléphone, avant le premier rendez-vous.

De manière plus générale, une autre participante a abordé son impression selon laquelle sa différence n'était pas reconnue :

Je n'ai pas senti qu'il y avait de différence, ce qui n'est pas nécessairement positif... Bon, c'est bien qu'il n'y ait pas de différence mais... Justement, je pense que nos besoins étaient différents, peut-être. Pis je n'ai pas l'impression qu'ils ont pris le temps de considérer cette différence-là. Jamais ils ont proposé d'outils quelconques sur l'homoparentalité. Ils ne sont vraiment pas là pour l'aspect social, ils sont vraiment là pour l'aspect médical. Strictement. Il y a peut-être des ressources qu'on aurait pu avoir pis qu'on n'a pas eues...

Inconfort/malaise face à l'homoparentalité. Ce deuxième thème de la *perception des attitudes des professionnels de la périnatalité envers l'homosexualité et l'homoparentalité* concerne l'inconfort perçu à intervenir auprès de couples lesbiens. Les propos recueillis démontrent que dans certaines situations (p. ex., cours prénataux, premiers entretiens avec des professionnels), l'orientation sexuelle des participantes peut rendre les intervenants inconfortables puisqu'elle est inhabituelle ou peu commune, bien qu'elle soit prise en considération. L'extrait suivant démontre ceci :

Des fois j'ai l'impression qu'il y a un certain inconfort, parce que notre homoparentalité est vue par les autres comme « quelque chose que je ne connais pas ». Pas de la résistance ou de l'hostilité... Ce sont des gens qui ne connaissent pas notre réalité.

Ignorance à l'égard du contexte de maternité homoparentale. Certaines participantes estiment que des médecins et des professionnels de la santé ont fait preuve de manque de connaissances à l'égard de l'homoparentalité et des besoins spécifiques

des mères homosexuelles en interagissant avec elles (c.-à-d. utilisation d'un vocabulaire excluant le mot « père », transmission aux femmes d'informations à propos de ressources communautaires offrant du soutien aux familles homoparentales, etc.). Pour pallier à cette méconnaissance, il semble que ces intervenants aient utilisé un cadre de référence hétérosexuel. Ceci a été vécu comme invalidant par les participantes, comme l'extrait suivant le démontre :

La psychologue remplaçait [la psychologue habituellement en poste], on va lui donner ça quand même... Mais elle n'arrêtait pas de dire « le père ». « Comment vous allez choisir le père? », « Ça va être quoi la place du père? » et puis là c'était comme... Tu comprends pas ou quoi? Pour nous, c'est le donneur!

Expériences isolées d'homophobie. Certaines participantes rapportent avoir été confrontées à des attitudes ou à des commentaires homophobes à différents moments de leur projet de bébé. À ces moments, elles ont fait l'expérience d'un rejet de leur projet d'enfant ou d'une hostilité à l'égard de leur orientation sexuelle par les intervenants. Les deux extraits suivants illustrent comment deux médecins travaillant en clinique de fertilité désapprouvent le fait d'offrir des traitements de PMA à des participantes d'orientation sexuelle différente :

Avant de commencer, on avait appelé à cette clinique pour prendre un premier rendez-vous. Ils nous avaient dit qu'ils ne prenaient pas les couples de femmes homosexuelles! Et plus tard, on l'a revu, je pense qu'il s'est fait taper sur les doigts... Il était poli et tout, mais juste de savoir ça, ça ne te met pas en confiance.

Le médecin qui était le propriétaire de la clinique, il est reconnu – tout le monde dans la communauté lesbienne le sait, parce qu'on se parle., –

comme le médecin le plus homophobe du Québec, je te dirais! Parce qu'on est plusieurs couples qui semblent avoir passé par cette même clinique, et on a eu une expérience semblable... Une de mes inséminations avait été faite avec lui parce que notre médecin traitant n'était pas disponible et c'était une expérience horrible, horrible, horrible (...) Il y avait du jugement.

Modèle hétérosexuel de la maternité. Les propos recueillis permettent de penser que les participantes sont davantage confrontées à des préconceptions hétéronormatives depuis qu'elles sont en démarche de fertilité ou enceintes. De différentes façons, elles ont abordé leur impression de confronter un modèle hétérosexuel de la maternité, en décidant d'y accéder dans un contexte homoparental.

L'extrait suivant résume ce grand thème :

Je pense que c'est toujours que les gens s'attendent pas à ce qu'une femme enceinte ait « une » partenaire, donc c'est toujours... Je dirais que les gens ils s'imaginent encore plus que je suis hétérosexuelle maintenant que je suis enceinte. Donc il y a beaucoup de commentaires par des gens que je ne connais pas qui sont très hétéronormatifs. Ça arrive que je corrige, mais des fois je laisse passer.

Une participante souligne combien l'homoparentalité ébranle les préconceptions et idéaux sociétaux concernant la famille, ce qui donne lieu à des préjugés qui diffèrent de ceux liés à l'homosexualité :

Il y a beaucoup de préjugés par rapport à l'homoparentalité qui sont différents de ceux par rapport à l'homosexualité. T'es lesbienne, c'est correct. Mais oh! T'es lesbienne avec le mot « maman » avant? Et ton enfant n'a pas de père? C'est un autre *step*.

Sensibilité perçue de la mère sociale à l'hétéronormativité. Ce deuxième grand thème des *thématiques concernant l'hétéronormativité* réfère à la présence d'une plus grande sensibilité chez la mère sociale aux commentaires et attitudes hétéronormatifs que chez la mère biologique, selon cette dernière. En effet, l'analyse des données permet de constater que les mères sociales sont décrites par les participantes comme plus réactives qu'elles-mêmes à ces commentaires, tel que le suggère l'extrait suivant :

La sage-femme répondait en disant « Durant cette période, le bébé il reste avec le père »... Tu sens que, moi ça me dérange pas tant parce que je comprends le contexte qu'on est quand même une minorité et tout pis on dirait que j'ai peut-être pas la même relation que ma conjointe par rapport à ça. Elle ça l'a fait accrocher (...) mais bon, on est une minorité pis il faut pas s'accrocher les pieds dans les fleurs du tapis. Mais oui, c'est sûr que ça pourrait être plus inclusif.

Comme le souligne la participante suivante, il est possible que la position plus singulière de la mère sociale, qui ne porte pas d'enfant au cours de sa transition à la maternité, exacerbe cette sensibilité :

J'imagine que pour le parent qui n'a pas porté et qui doit porter le titre de père sur les formulaires, c'est peut-être plus fatigant. De tout le temps avoir à barrer père et écrire mère.

Adoption d'une attitude indulgente. Ce dernier grand thème des *thématiques concernant l'hétéronormativité* concerne l'adoption, par les participantes, d'une attitude indulgente face aux conduites et commentaires hétéronormatifs. Ce grand thème réfère

notamment à l'adoption d'une attitude tolérante et clémentine à l'égard du modèle hétéronormatif. Dans l'extrait suivant, une participante mentionne ne pas adhérer à l'indignation que peuvent ressentir d'autres femmes homosexuelles et partage sa compréhension selon laquelle il faudra un certain temps pour les choses changent:

Les lesbiennes, on est toujours outrées de voir que sur les formulaires c'est encore écrit « père » et « mère » mais moi je dis « on se calme, là ». C'est la norme, c'est la majorité, ça changera en temps et lieux, mais laissons-nous le temps... Je ne me bats pas sur ce front-là. Quand y'a un jugement : oui. Mais c'est des formulaires qui existent depuis de nombreuses années, ce sont des trucs imprimés à grandes échelles qui représentent la majorité des familles.

Dans ce second extrait, une participante souligne la chance et la reconnaissance qu'elle ressent d'avoir pu concevoir un enfant avec sa conjointe en ayant eu recours à la PMA :

Après tout, je me sens juste très reconnaissante envers le système, de la chance qu'on a pis de comment ça l'a fonctionné.

Discussion

Dans cette section de la thèse, les résultats obtenus seront discutés en fonction des cinq questions de recherche et comparés à ceux d'autres travaux scientifiques, cliniques et théoriques effectués dans le domaine. Ensuite, les forces, limites, retombées de l'étude ainsi que des pistes d'investigation futures seront présentées.

Rappel des objectifs de l'étude

La présente étude avait pour objectif principal d'explorer l'expérience de la transition à la maternité de femmes homosexuelles enceintes en ayant eu recours à la PMA. Plus précisément, l'étude visait à mieux comprendre les dimensions individuelle, conjugale et sociale propres à l'expérience du devenir mère de ces femmes, ainsi que leur expérience du processus de PMA. Ces objectifs se déclinent en cinq questions principales : Comment ces futures mères vivent-elles et s'adaptent-elle à la transition à la maternité? Comment vivent-elles ce projet parental au sein de leur couple? Comment conçoivent-elles leur filiation à l'enfant à venir et comment prévoient-elles lui transmettre l'histoire de sa conception? Comment se sentent-elles reçues et accompagnées dans leurs démarches entourant leur projet parental par leur réseau familial et social? Comment vivent-elles le processus du recours à la PMA et à un don de gamètes ainsi que l'accompagnement offert par les intervenants des différents milieux de soins?

Premier objectif : expérience et adaptation individuelle

Trois principaux constats se dégagent de l'expérience individuelle des femmes homosexuelles en voie de devenir mère. Ceux-ci seront présentés ci-dessous.

Similarités et différences du devenir mère des femmes lesbiennes

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude suggèrent que les femmes homosexuelles abordent certaines thématiques du devenir mère qui sont semblables à celles relevées chez les futures mères hétérosexuelles. Celles-ci concernent notamment la revisite des représentations maternelles, les réflexions entourant leurs caractéristiques personnelles et leurs valeurs, leur rapport à la grossesse, leurs fantaisies à propos du bébé à venir et les renoncements appréhendés suite à l'arrivée du bébé. De manière générale, les participantes évoquent spontanément des aspects concrets de la transition à la maternité, tels des réflexions concernant les pratiques parentales – c'est-à-dire la question des soins et des pratiques éducatives – et les modèles parentaux auxquels elles ont été exposées lorsqu'elles étaient elles-mêmes enfants. À travers ceci, les participantes soutiennent réfléchir à ce qu'elles souhaitent reproduire ou non dans leur exercice de la parentalité.

Toutefois, contrairement à ce qui pouvait être attendu, l'analyse des verbatims suggère que la dimension personnelle a fait l'objet de peu d'élaboration verbale de la part des participantes. Il était attendu qu'elles témoignent d'une grande ouverture psychologique, où la tombée des défenses rend possible l'accès à des contenus

psychiques généralement peu accessibles à d'autres moments de la vie. Mais peu d'indices suggérant la présence d'un tel état psychologique nommé *transparence psychique* par Bydlowski (1997) et repris par de nombreux cliniciens (Ammaniti, 1991; Bennet et al., 1994) ressortent dans cette étude. Ces observations ne corroborent pas celles d'autres auteurs ayant utilisé une méthodologie qualitative, qui stipulent que l'expérience de la maternité homoparentale donne lieu à des processus intrapsychiques similaires à la maternité de l'ensemble des futurs mères (Ducousso-Lacaze, 2009; Glazer, 2001).

Différentes hypothèses peuvent expliquer cette divergence. D'abord, il se peut que les questions d'entrevue utilisées pour la présente recherche n'ont pas su solliciter de manière spécifique ce genre de contenus chez les participantes, bien qu'elles aient été rédigées en ce sens. Aussi, la façon dont la recherche était présentée aux participantes (soit le vécu des femmes homosexuelles ayant recours à la PMA) a pu mettre l'accent, ~~du moins selon elles,~~ sur ces aspects plutôt que sur le vécu individuel. Par ailleurs, il est possible de penser que, connaissant peu l'intervieweuse, les participantes étaient moins enclines à partager les impacts personnels de cette expérience. Ensuite, le nombre réduit de thèmes se retrouvant dans la dimension personnelle de l'expérience de la transition à la maternité ainsi que les analyses de fréquence semblent indiquer que les aspects des expériences conjugale et sociale sont abordés plus abondamment et plus souvent que ceux de l'expérience individuelle. Cette idée met de l'avant que le contexte homoparental sollicite de nombreuses réflexions et préoccupations aux plans conjugal et

social. Ceci peut amener les participantes à être moins centrées – du moins pour cette période de leur devenir parent – sur leur propre expérience psychique de cette transition.

Nécessité d’assumer son identité homosexuelle durant la concrétisation du projet d’enfant

Plusieurs participantes ont souligné que l’arrivée du bébé met l’accent sur l’importance de ressentir et d’afficher une plus grande aisance envers leur homosexualité. Elles ont rapporté le souhait de s’accepter davantage en tant qu’homosexuelles lorsqu’elles deviendront mères. Elles disent aspirer à une plus grande sérénité à l’égard de cet aspect de leur identité, pour elles-mêmes, mais également pour leur enfant. En effet, elles souhaitent que ce dernier soit confortable à l’idée d’appartenir à une famille homoparentale et qu’il n’en ressente pas de honte. Pour certaines, ces réflexions à l’égard de l’acceptation de leur orientation sexuelle peuvent être vécues difficilement, alors qu’elles se disent réticentes à s’afficher ou encore craindre des réactions négatives de la part d’autrui.

Ces résultats trouvent écho dans les propos d’Igartua (2009) qui explore dans le cadre d’un texte théorico-clinique le rapport qu’entretiennent les lesbiennes à l’égard de leur orientation sexuelle. Selon l’auteure, deux versants sont sollicités : d’abord, le rapport à soi (s’accepter soi-même en tant qu’homosexuelle) et ensuite, le rapport aux autres (s’exposer en tant qu’homosexuelle et en parler ouvertement). Les femmes homosexuelles peuvent montrer des niveaux d’aisance variables dans ces deux types de

rapports. Il semble que pour plusieurs participantes interviewées dans le cadre de la présente étude, le projet de bébé réactive le processus d'acceptation de leur homosexualité pour elles-mêmes et nécessite la réélaboration de leur capacité à affirmer et afficher de façon continue leur identité sexuelle. Ceci peut représenter un défi supplémentaire pour les futures mères homosexuelles, d'autant plus qu'elles sont conscientes qu'une telle sérénité face à leur homosexualité est importante pour leur futur enfant. Cette préoccupation est appuyée par les résultats d'une étude qualitative américaine menée auprès de 32 enfants élevés en familles lesboparentales révélant que ceux dont les mères assument mieux leur identité homosexuelle présentent une meilleure estime de soi et une adaptation sociale supérieure (Pennington, 1987).

Recherche de modèles de mères lesbiennes et de familles lesboparentales

Les participantes ont fait part de leur besoin de se rapprocher de femmes représentant pour elles des figures maternelles afin que celles-ci puissent leur fournir du soutien pour traverser les différents défis de la transition à la maternité. Ce soutien semblait perçu comme une aide potentielle au niveau de leur construction identitaire en tant que mère. Elles ont cependant rapporté être confrontées à un manque de modèles de mères lesbiennes ayant traversé les différentes étapes menant à la maternité. Pour certaines, un sentiment de solitude se joignait à cette absence de guide pouvant les accompagner à travers ce processus et les prises de décisions qui lui sont propres. Ces résultats suggèrent que l'absence de modèles homoparentaux – visibles et accessibles –

constitue un défi supplémentaire dans le devenir mère des femmes homosexuelles qui construisent leur identité de mères en présence de peu de repères.

À cet égard, l'importance des modèles identificatoires a été soulevée par plusieurs auteurs s'étant intéressés à la parentalité. De manière générale, Delion (2010) mentionne que les parents ont besoin de personnes de référence qui leurs servent de guides afin de se développer en tant qu'individus et famille. Le contact avec des modèles identificatoires permet aux futurs parents de comparer leurs expériences, se sentir « normaux » et acquérir des connaissances à l'égard de la pratique de la parentalité (Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012; Wilkins, 2006). Les travaux cliniques de Stern (1997) ont grandement contribué à l'élaboration d'une compréhension des besoins psychiques et relationnels des jeunes mères. Le concept de *constellation maternelle*, issu de ces travaux, est notamment utilisé pour décrire la disposition particulière des jeunes mères à recevoir du soutien de la part de femmes issues de leur entourage. Ces dernières peuvent faire office de figures maternelles pour les nouvelles mères en les validant dans la construction de leur rôle maternel, en offrant des savoirs expérientiels quant au développement du futur bébé et des pratiques maternelles et en étant sensibles à leur vécu affectif. Cet aspect de la constellation maternelle favorise la construction de l'identité maternelle, car elle offre des modèles de savoir-être sécurisants, basés sur l'expérience de femmes ayant vécu la maternité. Chez les participantes, il apparaît que cet axe de la constellation maternelle est déficitaire compte tenu du manque de modèles de mères lesbiennes et de familles lesboparentales. En effet, bien que certaines femmes

de l'entourage des participantes puissent jouer ce rôle auprès des futures mères homosexuelles, celles-ci ne sont pas nécessairement lesbiennes et ainsi, ne peuvent pas nécessairement offrir leurs conseils ou soutien en ce qui concerne la dimension lesboparentale du projet de bébé. Par conséquent, certains questionnements peuvent demeurer sans réponse comme ceux entourant le choix du type de donneur ou l'information à transmettre à l'enfant concernant le donneur et la façon de le faire.

Deuxième objectif : expérience et adaptation conjugale

Lors de l'analyse des résultats, l'expérience et l'adaptation conjugale des participantes rencontrées a donné lieu à la création de nombreux thèmes. En effet, cette expérience est celle qui contient le plus grand nombre de thématiques et niveaux de hiérarchisation. Il est possible de penser que les nombreuses décisions à prendre au moment de concrétiser le projet de bébé pour les couples lesbiens expliquent ceci. Cette section débutera avec la présentation d'un défi qui n'est pas spécifique au devenir mère homosexuelle, avant d'aborder deux enjeux qui le sont.

Réaménagements anticipés suite à la naissance du bébé

Les participantes interrogées rapportent des appréhensions quant aux changements qu'engendrera l'arrivée d'un enfant au sein de leur couple. Les questionnements concernent le temps consacré au couple et aux loisirs, à la fatigue inhérente au fait de s'occuper d'un jeune bébé et à la conciliation travail-famille. Ces craintes ont également été repérées chez des futures mères homosexuelles américaines

(Gartrell et al., 1996) et apparaissent de même nature que celles précédemment identifiées chez des parents hétérosexuels en devenir. En effet, ces préoccupations ont émergé d'une vaste étude qualitative longitudinale menée auprès de 205 couples hétérosexuels australiens (Svensson et al., 2006). Ainsi, il semble que l'anticipation de ce type de réaménagements soit semblable chez l'ensemble des futurs parents, peu importe leur orientation sexuelle.

Présence de nombreuses décisions spécifiques au contexte lesboparental

Cette thématique illustre de quelle manière les participantes sont amenées à discuter et décider de plusieurs aspects du projet de bébé avec leur conjointe. Selon les résultats obtenus, trois types de décisions prédominent et sont toutes spécifiques au contexte homoparental. Premièrement, la décision du couple d'avoir recours à la PMA afin de concrétiser le projet de bébé, deuxièmement, le choix entourant l'identité ouverte ou anonyme du donneur et troisièmement, le choix de celle qui portera l'enfant.

Choix de la PMA pour concrétiser le projet de bébé. Le choix du couple d'avoir recours à la PMA est précédé par celui du type de don de gamètes mâles utilisé⁶. En effet, les participantes devaient choisir si elles souhaitaient avoir recours à un donneur connu ou inconnu. D'emblée, elles ont toutes choisi la deuxième option, ce qui entraîne automatiquement le recours à une clinique de fertilité. Ce choix d'avoir recours à un donneur inconnu est lié, selon les propos recueillis, à des conceptions personnelles

⁶ À noter qu'un des critères d'inclusion de la présente recherche était le recours à un donneur inconnu (anonyme ou non) afin de concrétiser le projet d'enfant.

des partenaires à l'égard de la maternité. Pour celles-ci, la parentalité est désirée, pensée et articulée à l'intérieur du couple uniquement. Plus précisément, elles reconnaissent le nécessaire recours à une troisième partie (le donneur inconnu) pour concrétiser leur projet d'enfant, mais ne souhaitent pas pour autant attribuer un statut de parent à celui-ci. Comme Dempsey (2010) le souligne, il semble important pour ces femmes de séparer l'aspect parental du projet de bébé (les membres du couple sont les parents) de l'aspect reproductif (le recours à un tiers – le donneur inconnu – est nécessaire pour réaliser le projet). Dans cette optique, la famille est donc le prolongement d'un couple : un donneur ne peut être un parent (Dempsey, 2010). Comme le suggère Gross (2006), cette situation se conforme à la norme sociale selon laquelle le projet d'enfant doit unir conjugalité et parentalité. Ces familles sont dites biparentales, au sens où elles sont constituées d'au plus deux parents qui élèvent leur enfant.

D'autre part, certaines participantes ont manifesté une réticence à avoir recours à un donneur connu de crainte que celui-ci revendique éventuellement des droits parentaux et souhaite prendre part à l'éducation de l'enfant. Cette inquiétude a déjà été mise en lumière par d'autres travaux portant sur la maternité homosexuelle (Dunne, 2000; Goldberg & Allen, 2013; Touroni & Coyle, 2002) réalisés auprès de couples lesbiens. En ce sens, le recours à un donneur inconnu protège légalement les participantes de ce scénario, ce qui peut être rassurant pour les futures mères homosexuelles. Par conséquent, cet aspect influence leur choix du recours à la PMA comparativement à d'autres façons de concrétiser leur projet de bébé.

Choix d'un donneur à identité ouverte ou fermée. Les résultats mettent de l'avant que le couple est par la suite confronté à un deuxième choix, soit celui de privilégier un donneur à identité ouverte ou fermée. La majorité des participantes de l'échantillon ont choisi d'avoir recours à la première option. Les propos recueillis témoignent du fait que les besoins du futur enfant sont au centre de leurs réflexions et ont orienté ce choix. En effet, les participantes mentionnent souhaiter laisser à leur enfant la possibilité d'éventuellement contacter le donneur s'il le désire. En considérant le fait que le don de gamètes à identité ouverte n'est pas remboursé par le gouvernement québécois, il est possible de s'imaginer que cet aspect est central pour les futures mères homosexuelles rencontrées, qui ont dû déboursé des frais supplémentaires en ce sens. À cet égard, des travaux de Delaisi de Parseval (2006b) soulignent l'importance pour l'enfant de connaître ses origines génétiques afin d'être en mesure de construire son identité. Cette capacité à réfléchir aux besoins de leur futur enfant peut témoigner de l'ouverture qu'ont les participantes à donner une place au donneur dans leur projet de bébé, en reconnaissant l'importance de son apport génétique.

Choix de la conjointe qui portera l'enfant. Une troisième décision qui se présente aux futures mères homosexuelles rencontrées concerne le choix de la partenaire qui portera l'enfant. Ce choix se fait en fonction de deux facteurs, l'un pragmatique et l'autre affectif. D'abord, le couple considère l'aspect financier de leur projet : le plus souvent, celles qui seront désignées comme étant les mères sociales sont celles qui

possèdent le revenu le plus substantiel du couple, lui procurant ainsi une plus grande stabilité financière. Ceci s'inscrit dans la lignée des résultats obtenus dans le cadre de deux études qualitatives (respectivement américaine et italienne) suggérant que les mères biologiques ont un revenu plus faible que les mères sociales (Chabot & Ames, 2004; Guizzardi, 2016). Ensuite, les participantes mentionnent que bien qu'elles et leurs conjointes soient habitées par le même désir d'avoir un enfant, elles ont témoigné d'un plus grand désir de grossesse comparativement à leur conjointe. Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans d'autres recherches menées auprès de mères lesbiennes (Fossoul et al., 2013; Goldberg, 2006; Leblond de Brumath & Julien 2007; Lenie et al., 2005; Reinmann, 1998), où le souhait d'enfanter de l'une des mères influence la prise de décision concernant celle qui portera l'enfant.

La question du lien biologique

D'emblée, les participantes ont abordé la façon dont la transition à la maternité les confronte avec l'infertilité biologique de leur union. En effet, plusieurs femmes enceintes ont exprimé le souhait que l'enfant soit lié biologiquement et exclusivement à elles et leur conjointe et de la douleur qu'implique cette impossibilité. Par ailleurs, des éléments issus des résultats suggèrent que la concrétisation du projet de bébé peut rappeler aux futures mères homosexuelles l'asymétrie qu'elles perçoivent à l'égard du lien biologique, qui unira une seule des deux mères à l'enfant. En ce sens, les participantes semblent accorder une place importante aux réflexions entourant la biologie dans la concrétisation du projet de bébé. Ces enjeux d'infertilité de l'union

homosexuelle et d'asymétrie biologique vont dans le sens des écrits de Naziri (2011) qui, dans ses recherches qualitatives menées auprès de femmes lesbiennes belges ayant eu recours à la PMA, souligne une contradiction dans la façon dont elles peuvent penser leurs familles et les liens qui unissent les membres. En effet, les familles homoparentales semblent insister à la fois sur la centralité des liens affectifs entre les membres de leurs familles au détriment de la génétique, tout en accordant une importance aux liens biologiques.

Des éléments issus des entrevues suggèrent que les participantes tentent de réaménager ces différents aspects, malgré le fait qu'il leur soit impossible de s'inscrire, elles et leur famille, dans une filiation « conventionnelle ». Par exemple, plusieurs participantes ont mentionné les désirs de choisir un donneur ayant des ressemblances physiques avec la mère sociale, de donner le nom de la mère sociale comme nom de famille à l'enfant ou alors d'avoir recours au même donneur pour l'ensemble des enfants de la fratrie éventuelle. Bien qu'au Québec, le droit de la famille s'appuie davantage sur la volonté et l'engagement parentaux que sur le lien biologique, les résultats obtenus indiquent que des préconceptions selon lesquelles sexualité, parentalité, conjugalité et filiation parent-enfant sont difficilement dissociables demeurent présentes dans les réflexions des participantes.

Ces enjeux liés à la filiation non-conventionnelle des familles homoparentales ont été abordés par plusieurs auteurs (Delaisi de Parseval, 2006; Dunne, 2000; Gratton,

2007; Grihom & Ducouso-Lacaze, 2009; Gross, 2006; Naziri, 2011). Ces travaux soulignent le poids du « mythe de la genèse » des sociétés occidentales sur les familles qui n'incarnent pas le modèle bio-conjugal traditionnel de la famille – caractérisé par la conjugalité hétérosexuelle et la reproduction biologique (Gratton, 2007) – telles les familles homoparentales. Ce mythe est défini par un ensemble de croyances idéalisées et socialement véhiculées selon lequel un enfant est lié biologiquement et généalogiquement à ses deux parents (Gratton, 2007). Par ailleurs, Mailfert (2005), dans son analyse qualitative de la structuration et du fonctionnement de 60 familles françaises homoparentales, suggère que ces familles se confrontent, dans l'établissement de leur projet d'enfant, à un imaginaire collectif (soit l'ensemble des représentations et idéologies appartenant à une société) puissant. Au sein de celui-ci, sexualité, conjugalité et parentalité sont indissociables. Qui plus est, certains proposent la présence d'une idéologie valorisant le lien biologique, « voulant que l'on soit d'autant mieux parent et figure d'attachement pour l'enfant que l'on est géniteur » (Grihom & Ducouso-Lacaze, 2009, p. 295). La rencontre entre ces idéologies socialement véhiculées et la réalité lesboparentale, ainsi que la façon dont elles s'articulent au sein des couples lesbiens, semblent être source de préoccupations pour ces derniers.

Représentation de soi et de la conjointe comme mères. Lorsque questionnées sur la façon dont elles se projettent en tant que mères et sur la manière dont elles imaginent leur conjointe comme mère, les participantes semblent s'appuyer sur un modèle hétéronormatif pour définir leurs rôles parentaux. En effet, elles se définissent

comme étant plus « maternantes » – c'est-à-dire davantage centrées sur la réponse aux besoins de base du bébé (allaitement, portage, hygiène, etc.) – que leurs conjointes. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par d'autres études consacrées à la maternité homosexuelle suggérant qu'au cours de la première année de vie de l'enfant, la mère biologique est celle qui prodigue davantage les soins de « maternage » par rapport à la mère sociale (Ciano-Boyce & Shelley-Sireci, 2002; Glazer, 2001; Patterson, 1994; Rohrbaugh, 1989; Wilson, 2000). Cette dernière est imaginée par les participantes comme étant davantage tournée vers des activités ludiques. Les conceptions des mères biologiques de leurs conjointes comme mères semblent corroborer la proposition théorique de Naziri (2011) selon laquelle :

Les mères sociales décrivent souvent leur place et leur rôle en termes qui évoquent la fonction paternelle car pour les deux partenaires, le souhait d'enfant convoque les séquences relationnelles intériorisées avec les deux parents, les représentations de rôle du père et de la mère, les inscriptions de la fonction maternelle et de la fonction paternelle (p. 121).

Ce résultat peut être en premier lieu expliqué par le fait que les participantes rapportent un manque de repères quant à ce qu'incarnent des mères lesbiennes, tel que mentionné précédemment. En l'absence de tels repères, elles peuvent avoir recours au modèle de la famille nucléaire hétérosexuelle afin de baliser et guider leurs pratiques parentales. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans deux recherches américaines portant sur la maternité lesbienne (Pies, 1989; Rohrbaugh, 1989). Par ailleurs, des études sur les pratiques parentales des mères hétérosexuelles soulignent leur tendance à s'occuper des tâches reliées aux soins de l'enfant, alors que les pères se concentrent à la

mise en place d'activités ludiques avec celui-ci (Bouissou & Bergonnier-Dupuy, 2004; Cicchelli, 2001). En deuxième lieu, dans leur étude empirique réalisée au Québec et portant sur les facteurs sous-tendant le choix de la mère qui portera l'enfant au sein des couples lesbiens, Leblond de Brumath et Julien (2007) expliquent que les contraintes de l'allaitement et le contexte du congé de maternité des mères biologiques peuvent amener ces dernières à passer plus de temps avec l'enfant. Ce contexte expliquerait pourquoi elles se définissent comme s'acquittant des tâches reliées aux soins de l'enfant.

Troisième objectif : le concept de filiation à l'enfant et transmission de l'histoire des origines

Ce dernier aspect apparaît central à l'expérience conjugale des femmes homosexuelles en voie de devenir mère. Les participantes ont mentionné être d'accord avec leur partenaire en prévoyant raconter à leur enfant les circonstances de la conception et l'informer du recours à un donneur. Ce souci de transparence et cette propension à transmettre l'information concernant le donneur à l'enfant ont aussi été observés dans le cadre de recherches qualitatives effectuées auprès de futures mères lesbiennes belges (Ducousso-Lacaze, 2009; Moget, 2010).

Cette capacité à offrir une place au donneur pourrait permettre aux futurs enfants de reconnaître la part des différents acteurs ayant contribué à leur naissance. Ceci concorde avec les propos de Prieur (2007) concernant la transmission des origines dans les nouvelles formes de filiation. Cet auteur rappelle que dans le contexte homoparental,

l'enfant doit être amené à reconnaître sa triple filiation (dans l'étude actuelle : à la fois aux deux mères et au donneur). Dans le domaine de l'infertilité, des textes cliniques soulignent l'importance de l'adoption d'une attitude ouverte et flexible par les parents et de l'introduction de la contribution du don dans l'histoire de la transmission des origines à l'enfant. Il est proposé que ces deux aspects permettront à l'enfant de bénéficier d'un sentiment de liberté pour intégrer l'histoire complexe de ses origines (Allard & Tremblay, 2014; Prieur, 2007).

Toutefois, les propos tenus par les participantes suggèrent que cette conjoncture est délicate pour elles puisqu'elle implique de tenir compte de deux perspectives qui leur importent, mais pouvant s'opposer : d'une part, le besoin des futures mères que le donneur soit tenu à l'écart du projet parental et d'autre part, le besoin et le droit qu'elles reconnaissent à leur futur enfant de connaître ses origines. Ces résultats rejoignent ceux identifiés dans l'étude qualitative d'Almack (2006) portant sur les décisions des couples lesbiens à l'égard de la place du donneur de gamètes en Grande-Bretagne. L'auteur souligne que face à ce dilemme moral – où les futures mères sont confrontées à un choix inévitable qui met en conflit deux de leurs valeurs – toutes les participantes ont priorisé ce qu'elles considèrent être leur devoir de parent, soit de lui permettre de connaître ses origines.

Finalement, au moment de choisir le donneur, les résultats obtenus suggèrent que les couples ont accordé une attention particulière aux caractéristiques de personnalité et

aux motivations qui peuvent se dégager de sa fiche⁷. Il apparaît en effet important pour elles de choisir un donneur qui exprime des valeurs et des attitudes pouvant ressembler aux leurs, notamment un donneur qui cautionne la maternité lesbienne. Il se peut que l'impossibilité de cacher à l'enfant le recours à un donneur pour sa conception contribue à l'importance accordée au choix du donneur par les participantes. Ainsi, ce contexte peut amener les participantes à réfléchir d'emblée à la place du donneur dans l'histoire de conception qu'elles transmettront à leur enfant.

Quatrième objectif : expérience du soutien familial, social et professionnel

De manière générale, l'expérience sociale est le type de vécu le plus fréquemment et abondamment abordé par les participantes. Dans cette section, les apports sociaux positifs et négatifs seront présentés. Par la suite, le concept d'hétéronormativité sera abordé en fonction des résultats obtenus et selon les perceptions des participantes de l'expérience de leurs conjointes.

Apport social positif

L'expérience de se sentir soutenue semble se manifester de différentes manières pour les participantes. Premièrement, le désir de l'entourage d'en savoir davantage sur le projet de bébé sollicite des échanges, discussions et réflexions chez les futures mères homosexuelles. Or, comme le soulignent Bos et ses collaborateurs (2003), le fait d'être questionnées par les membres de leurs familles et leurs amis amène les futures mères à

⁷ À noter que ces informations sont disponibles dans les banques de sperme.

réfléchir davantage à leur désir et projet d'enfant. Cette expérience de soutien pourrait être avantageuse pour la famille en devenir, car les réflexions concernant l'enfant à naître, la vie de famille et le rôle de parent ont été identifiés comme étant des facteurs favorisant le développement de liens positifs entre les parents et l'enfant (Goldstein, Dierner & Mangelsdorf, 1996).

Deuxièmement, la plupart des participantes ont rapporté bénéficier d'un accompagnement affectif qui leur apporte réconfort, réassurance et protection de la part de leur famille et amis. Ce soutien les aide à traverser des moments émotionnellement difficiles lorsqu'elles songent à devenir mère ou lorsqu'elles sont enceintes. Ces résultats concordent avec ceux observés dans le cadre d'une étude qualitative longitudinale menée par Goldberg (2006) qui visait à documenter l'expérience du devenir mère homosexuelle. L'auteure observe une augmentation du soutien perçu par les mères lesbiennes lors de l'annonce de leur projet d'enfant à leur entourage. Ceci peut être prédicteur d'un soutien émotionnel adéquat de la part de la famille et des amis à l'arrivée du bébé. En effet, une seconde étude longitudinale réalisée auprès de mères homosexuelles d'enfants comparant le soutien social reçu à la grossesse et celui reçu lorsque les enfants sont âgés de deux ans souligne que l'arrivée du bébé aurait amélioré la relation de ces mères avec leur famille dans 69 % des cas (Gartrell et al., 1999). Ces résultats sont d'une grande importance en considérant qu'une étude randomisée menée auprès de 450 femmes homosexuelles a systématiquement identifié le soutien social

comme un facteur de protection contre la dépression post-partum (Teissedre & Chabrol, 2004).

Apport social négatif

Néanmoins, les résultats obtenus démontrent que la dimension de l'expérience sociale des futures mères homosexuelles suscite plus d'adversité que les expériences individuelle ou conjugale. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par d'autres chercheurs ayant étudié qualitativement l'expérience de la maternité des femmes lesbiennes (Dunne, 2000; Mitchell, 1995), où l'interaction avec l'environnement social est identifiée comme une cause potentielle de souffrance psychologique pour les couples. Les participantes ont partagé deux types d'expériences lors desquelles le dévoilement de leur projet de bébé a été source de difficultés d'intensité variable, qui seront présentées ci-dessous.

Certaines participantes rapportent que le projet de bébé les a par moments éloignées de leur entourage. Le cas échéant, cet éloignement se vit avec les familles des deux femmes du couple et non avec leur cercle d'amis. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Gartrell et al. (1999), où 31 % des mères de l'échantillon n'ont pas rapporté d'amélioration au niveau du soutien social ou ont mentionné avoir perçu un manque de soutien. Comme le suggèrent Goldberg et Smith (2008) ainsi que Lassiter, Dew, Newton, Hays et Yarbrough (2006) dans leurs études respectives menées auprès de parents homosexuels et de futurs parents homosexuels ayant recours à

l'adoption, il est possible que cet éloignement de certains membres de la famille s'explique par une désapprobation du projet homoparental. Par ailleurs, il semble que les familles dans lesquelles ces mouvements ont été observés entretenaient, préalablement au projet de bébé, un malaise, voire une désapprobation face à l'homosexualité des participantes.

L'exposition répétée à l'hétéronormativité

Les participantes de la présente étude semblent être exposées de manière omniprésente à l'hétéronormativité dans leur environnement social. Ce résultat ressort en partie du fait que cette thématique est celle qui est la plus fréquemment abordée au cours des entrevues. Selon les résultats obtenus, la norme hétérosexuelle est source de détresse pour les futures mères homosexuelles, puisqu'elle tend à être utilisée pour comparer le projet homoparental à des référents hétérosexuels. Concrètement, ceci amène l'entourage des participantes à se prononcer sur leur projet de bébé, que ce soit sous forme de commentaires hétéronormatifs ou maladroits. Les résultats indiquent que dans ce contexte, peu d'attention est portée aux singularités propres à l'homoparentalité. Ceci rejoint les résultats obtenus par Gross (2009) qui, dans le cadre d'une étude qualitative portant sur l'expérience de la grand-parentalité en contexte homoparental, rapporte que de nombreuses inquiétudes sont témoignées aux parents homosexuels par les grands-parents sur différents aspects, dont l'absence de père (ou de la mère), les considérations légales propres aux droits de filiation ou la place du bébé dans la généalogie familiale.

L'hétéronormativité à laquelle se confrontent les femmes homosexuelles rencontrées a été largement documentée par la recherche scientifique, tant dans le domaine de la sociologie (Descoutures, 2006; Dunne, 2000), des sciences infirmières (Cherguit et al., 2012; Larson & Dykes, 2009; Lee et al., 2010; Rönndhal et al., 2009) que de la psychologie (Bos et al., 2003; Glazer, 2001; Ross, 2005; Trettin et al., 2006). Ces études suggèrent que les mères homosexuelles y sont confrontées aussi dans leur expérience de la maternité. Différentes recommandations ont été formulées dans le cadre de ces travaux, notamment l'inclusion de davantage de références explicites aux familles homoparentales dans la documentation offerte aux futurs parents (p. ex., livres de références, dépliants, formulaires), ainsi qu'une meilleure formation du personnel médical aux besoins spécifiques des mères homosexuelles. Ceci permettrait de sensibiliser les intervenants aux sentiments d'exclusion et de discrimination auxquels les femmes homosexuelles peuvent être confrontées dans leur transition à la maternité.

Par ailleurs, l'exposition répétée à la norme hétérosexuelle chez les participantes peut être mise en lien avec la théorie des micro-agressions (Geoffroy & Chamberland, 2015). Ce phénomène a été étudié par différents chercheurs s'intéressant à la victimisation des minorités sexuelles. Les micro-agressions sont définies comme :

(...) des affronts, rebuffades ou insultes verbales, non-verbales et quotidiennes qui sont intentionnelles ou non-intentionnelles, mais qui communiquent indirectement des messages hostiles, dérogatoires ou négatifs ciblant des personnes précises, sur la base de leur appartenance à un groupe (Geoffroy & Chamberland, 2015, p. 161).

Les micro-agressions sont différentes des attitudes ou comportements homophobes, car elles sont beaucoup plus subtiles; elles sont habituellement exprimées indirectement plutôt que d'être affirmées franchement ou explicitement. Les études démontrent leurs impacts négatifs sur l'estime de soi (Wright & Wegner, 2012) et l'aisance face à sa propre identité sexuelle, en plus de solliciter les ressources cognitives attentionnelles, de raisonnement et de régulation émotionnelle de la personne qui en est la cible et qui doit s'en défendre (Sue, 2010). Bien qu'à ce jour, les travaux de recherche effectués dans ce domaine ne se soient pas intéressés au contexte de l'homoparentalité, il est possible de faire l'hypothèse que l'exposition répétée à la norme hétérosexuelle, mise en lumière par la présente étude, pourrait être vécue comme des micro-agressions par les participantes rencontrées.

Ces résultats suggèrent la présence d'un dogme, mis en lumière par certaines auteures (Côté, 2012; Descoutures, 2010; Gross, 2009), selon lequel le projet de bébé des femmes homosexuelles est inquiétant, puisque différent de la norme hétérosexuelle, et donc à risque de déconstruire l'institution familiale : l'enfant ne sera pas conçu via une relation sexuelle entre les deux parents, l'enfant n'aura « pas de père », mais bien deux mères, et l'orientation sexuelle de ses deux parents sera homosexuelle (Côté, 2012). Ainsi, ces situations sociales peuvent être confrontantes et exigeantes pour les futures mères homosexuelles qui doivent alors rassurer leur entourage en expliquant la légitimité de leur projet, et également justifier et défendre leurs choix.

Paradoxe entourant le soutien social

D'une part, un besoin d'être socialement soutenues dans leur transition à la maternité émerge des propos des participantes, tel que précédemment identifié chez l'ensemble des futurs parents (Hamelin-Brabant et al., 2015). D'autre part, les résultats suggèrent que l'expérience sociale confronte les femmes lesbiennes à la norme hétérosexuelle, ce qui peut être vécu comme invalidant à l'égard de leur projet.

Ainsi, un paradoxe peut découler de ces deux aspects de l'expérience sociale des mères lesbiennes : d'un côté, le besoin d'être soutenue par l'entourage est plus grand durant la transition à la maternité. De l'autre, c'est avec l'entourage qui devrait normalement et naturellement offrir ce soutien que les femmes doivent assumer et endosser leur orientation sexuelle, ainsi que toutes les décisions qu'elles doivent prendre – et parfois défendre – afin de concrétiser leur projet de bébé. Ce paradoxe rejoint les résultats de l'étude qualitative de Spidsberg (2007) menée en Norvège auprès de six couples lesbiens. Dans le contexte de soins de périnatalité, l'auteure décrit ces mères comme étant à la fois fortes et vulnérables, notamment dans le contexte d'une inversion de rôles. En effet, l'auteure rapporte que devant l'incertitude et l'anxiété de certains intervenants à l'égard de l'homoparentalité, les femmes lesbiennes ont dû se montrer responsables et rassurantes à leurs égards, alors que le contraire serait attendu.

Perceptions des participantes quant au vécu de leurs conjointes face à l'hétéronormativité

Les participantes se sont spontanément exprimées sur la façon dont elles percevaient l'expérience de leur conjointe à l'égard de l'hétéronormativité. Ce sont principalement les commentaires maladroits suggérant que la mère sociale occupe une place moindre que la mère biologique auprès du bébé qui semblent selon elles source de souffrance pour les mères sociales. Les participantes rapportent leur impression selon laquelle leurs conjointes apparaissent plus facilement affectées par les commentaires hétéronormatifs qu'elles ne le sont elles-mêmes. En effet, les participantes soutiennent que ces commentaires, évoquant la « place du père » ou l'importance de la filiation biologique, peuvent faire écho aux défis ou difficultés que rencontre leur conjointe à définir sa place en tant que mère. Les propos des participantes suggèrent que cette situation peut ajouter un stress supplémentaire aux mères sociales, qui se retrouvent parfois peu soutenues par leur entourage lorsqu'elles cherchent à définir la légitimité de leur identité de mère. Comme le soutien familial et professionnel a été identifié comme étant d'une grande importance dans la validation de l'identité et du rôle des mères sociales (Wilson, 2000), il est probable que ces expériences sont vécues difficilement par ces dernières.

Ces aspects du devenir parent des mères sociales ont été observés dans le cadre d'études s'étant intéressées spécifiquement à cet échantillon (Descoutures, 2006; Hequembourg & Farrell, 1999; Muzio, 1993; Nordqvist, 2012; Wilson, 2000). Comme

le mentionnent Hequembourg et Farrel (1999), il semble que la société dispose de normes sociales entourant la maternité (p. ex., une mère est enceinte de son enfant, une mère accouche de son enfant, une mère allaite son enfant) qui ne tiennent pas toujours compte des autres types de maternité (p. ex., la maternité suite à l'adoption ou la maternité de la mère sociale d'un couple lesbien). En France, où le contexte socio-légal est moins favorable à l'homosexualité qu'au Québec, Descoutures (2006, 2010) souligne que le manque de reconnaissance légale de la mère sociale affecte la légitimité du lien qu'elle entretient avec son enfant. En effet, l'absence de définition, au plan social, de la place de cet « autre parent », qui n'est pas tout à fait considéré comme une mère ou un père, semble contribuer à sa difficulté à se positionner socialement face à son enfant.

Enfin, à la lumière des propos rapportés, cette question de la place de la mère sociale apparaît parfois comme une source d'irritation pour les participantes, alors qu'elles ne partagent pas les difficultés de leur conjointe au sujet de leur identité maternelle. Cette idée suggère que la place et le rôle des mères biologiques, enceintes de leurs enfants, se rapprochent davantage de la conception traditionnelle de ce qu'est une mère et qu'il puisse être difficile pour elles de s'identifier aux défis que rencontrent leurs conjointes.

Cinquième objectif : expérience du processus de PMA

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude permettent de dégager cinq principaux points de discussion concernant l'expérience du processus de PMA des

femmes rencontrées. Ceux-ci seront exposés dans la section suivante.

Les particularités du contexte de PMA pour les femmes lesbiennes

Les participantes de cette étude ont eu recours aux soins offerts en clinique de fertilité en l'absence de problèmes de fertilité biologique. En revanche, elles présentent une « infertilité sociale », qui se définit par l'impossibilité de concevoir un enfant soit parce que le couple est de même sexe ou qu'une personne envisage son projet en solo (Arènes, 2013; Baetens & Brewaeys, 2001; Caire, 2015). Ce contexte semble placer les participantes dans une disposition particulière face au processus de PMA, alors qu'elles l'abordent comme une étape nécessaire à l'atteinte de leur objectif principal (soit concrétiser leur projet d'enfant). Ceci peut expliquer le fait que les participantes rapportent d'emblée une expérience positive de leur passage en clinique de fertilité, contrairement aux couples hétérosexuels qui rapportent une expérience majoritairement négative et qui consultent suite à des échecs de conception naturelle (Canneaux, 2009; Goëb et al., 2006; Lalos, 1999; Lazaratou & Golse, 2006; Volgsten et al., 2008). Dans leurs études consacrées aux besoins et défis des femmes homosexuelles qui tentent de concevoir un enfant via la PMA, Ross et al. (2006), Steele et Stratmann (2006) et Yager et al. (2010) obtiennent des résultats similaires, soit que les femmes se disent satisfaites des traitements de PMA obtenus. D'autre part, dans leur étude exploratoire s'intéressant au devenir parent des hétérosexuels, mères lesbiennes et mères seules ayant recours à la PMA, Achim et Noël (2014) suggèrent que ce processus est vécu par les futures mères homosexuelles comme une expérience positive d'*empowerment* : la concrétisation du

projet de bébé résulte de leur capacité à assumer leur souhait de fonder une famille, à se mobiliser pour le faire, et ce, malgré l'adversité que peut engendrer ce processus (p. ex., plus grande exposition sociale).

Toutefois, l'analyse approfondie des entrevues a permis de relever la présence de nombreuses expériences insatisfaisantes pour les femmes homosexuelles dans le cadre de ces services. Cette contradiction dans le discours des participantes a aussi été rapportée par Spidsberg (2007) dans son étude qualitative s'intéressant à l'expérience de six couples lesbiens des soins offerts par les institutions périnatales. Plus précisément, le discours des participantes de la présente étude porte sur des thématiques entourant la lourdeur des examens médicaux auxquels elles ont dû se soumettre pour confirmer leur fertilité, un vécu affectif difficile en lien avec la longue durée du processus, une impression de mise à l'écart de la mère sociale par les professionnels et le contact décrit comme souvent froid avec les médecins rencontrés. Ces expériences sont comparables à celles vécues par d'autres couples ou personnes ayant recours à la PMA. En effet, comme le soulignent Achim et Noël (2014), la médicalisation de la reproduction, l'aspect intrusif de certaines procédures médicales, l'introduction d'un bagage génétique étranger, la présence de deuils, pertes et renoncements (p. ex., aspect programmé de la reproduction, fausses-couches ou grossesse gémellaires possibles) sont des expériences et des défis auxquels sont confrontés l'ensemble des parents d'intention ayant recours à la PMA, et ce, peu importe leur orientation sexuelle ou leur état civil.

La considération donnée par les cliniques de fertilité aux besoins et particularités de la situation lesboparentale. L'ensemble des participantes ont dévoilé leur orientation sexuelle aux intervenants qui les ont accompagnées en clinique de fertilité. Ce résultat diffère de ceux obtenus dans le cadre d'études effectuées dans d'autres pays, notamment aux États-Unis (Lehmann, Lehmann, & Kelly, 1998; Marrazzo & Stine, 2004). Cette différence peut s'expliquer par le fait que le contexte socio-juridique québécois est favorable au recours à la PMA par les couples lesbiens et que cette situation a pu faciliter le dévoilement de l'orientation sexuelle des participantes.

Néanmoins, les résultats de la présente étude suggèrent que plusieurs soins offerts en clinique de fertilité ne correspondent pas aux attentes des futures mères homosexuelles concernant la considération de leur orientation sexuelle. Ainsi, bien que la loi autorise depuis 2005 les femmes homosexuelles à utiliser les techniques de PMA et qu'elles représentent 20 % de la clientèle desservie par les cliniques de fertilité (Commission de l'éthique de la science et de la technologie, 2009), les résultats obtenus montrent que les participantes considèrent toutes avoir reçu des soins inadaptés à leurs besoins. Par exemple, plusieurs d'entre elles ont rapporté que les mères sociales se sentaient peu incluses dans les rendez-vous, ont dénoncé le recours à des formulaires incluant uniquement les termes « mère » et « père », ainsi que l'absence de documentation concernant les ressources disponibles pour les familles homoparentales. L'omniprésence de l'hétéronormativité dans le milieu de la santé a été rapportée par des

recherches effectuées dans le domaine des sciences infirmières, sans être spécifiques au contexte des cliniques de fertilité (Buchholz, 2000; Cherguit et al., 2012; McManus et al., 2006; O'Neill et al., 2013; Spidsberg, 2007; Wilton & Kaufmann, 2001). Ces études concluent qu'une certaine méconnaissance de la réalité et des besoins des futures mères homosexuelles demeure, ce qui est au reflet des observations de la présente recherche. Par ailleurs, certaines femmes rencontrées posent un regard nuancé sur cette situation : bien qu'elles déplorent l'hétéronormativité qu'elles observent au sein des cliniques de fertilité, elles comprennent que les adaptations souhaitées se heurtent à différentes contraintes administratives et ne peuvent être réalisées à court terme.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Ross et al. (2006) au sein de leur étude réalisée auprès de femmes lesbiennes et bisexuelles canadiennes en voie de devenir mère via la PMA, qui ont mené à dix recommandations visant à améliorer les traitements de reproduction assistée offerts. Les auteurs recommandent principalement d'informer davantage les femmes homosexuelles des ressources et services disponibles dans la communauté LGBTQ, de transmettre des indications claires à l'effet que les cliniques de fertilité sont favorables à l'homoparentalité et d'offrir un soutien spécifique aux patientes homosexuelles par des intervenants qui connaissent les enjeux spécifiques de cette population.

Les sentiments ambivalents ressentis par les participantes à l'égard des intervenants rencontrés

Les résultats obtenus suggèrent que les participantes entretiennent un rapport à la fois positif et négatif face au personnel médical rencontré en clinique de fertilité. D'un côté, elles rapportent dépendre de l'expertise des médecins pour concrétiser leur projet de bébé et sont reconnaissantes de leur contribution et professionnalisme qui ont pu rendre possible ce projet. De l'autre, elles rapportent avoir ressenti une froideur dans leur façon de prodiguer les soins, ainsi qu'un faible intérêt pour l'aspect affectif de leur projet de bébé. À notre connaissance, aucune étude empirique ne s'est intéressée à documenter cet aspect du lien aux intervenants des cliniques de fertilité. Seules Dubé et Noël (2015) ont rapporté des sentiments ambivalents similaires dans leur étude exploratoire réalisée auprès de trois femmes qui ont eu recours à la PMA dans des contextes conjugaux différents (une femme hétérosexuelle infertile en couple, une femme homosexuelle sans conjointe et une femme hétérosexuelle sans conjoint). Les aspects positifs et négatifs de ce rapport avec les professionnels issus des résultats de la présente étude sont présentés ici.

Aspects positifs. En premier lieu, les participantes ont partagé leur appréciation de l'efficacité du personnel rencontré. De différentes façons, elles ont souligné le professionnalisme des différents intervenants en clinique de fertilité et la confiance qu'elles leur vouent. Il est permis de s'interroger quant à la possibilité que cette reconnaissance soit liée au succès des procédures qui ont donné lieu à la grossesse. En

effet, l'expérience pourrait être différente si le parcours en PMA se soldait par un échec. Par exemple, une participante de l'échantillon a expérimenté des difficultés de conception répétées, ce qui a été source de grande détresse. Ce contexte semble avoir contribué à rendre l'expérience du processus de PMA plus négative, lorsque comparée à celles des autres participantes.

En second lieu, les femmes homosexuelles rencontrées mentionnent qu'un contact chaleureux et sensible a été établi par les infirmières et psychologues rencontrées dans le cadre du processus. Les participantes ont apprécié cet espace décrit comme accueillant au sein duquel elles ne sont pas senties jugées. Ce contact était perçu comme bienveillant, à travers ce parcours présenté comme étant complexe et laissant peu de place aux affects qu'il suscite. La présence de ce contact sensible et empathique avec les intervenants a également été identifiée par Renaud (2007) dans son étude qualitative menée auprès de couples lesbiens américains et portant sur leur expérience des services de périnatalité.

Aspects négatifs. Premièrement, les participantes rapportent s'être senties exclues de certaines décisions médicales entourant leur projet de bébé (p. ex., diverses opérations préventives préalables à l'insémination, implantation d'ovules fécondées multiples avec risque de grossesse gémellaire). Les participantes ont rapporté que ces situations ont pu susciter chez elles un sentiment d'impuissance, ainsi qu'un sentiment de perte de contrôle à l'égard du déroulement du processus de PMA. Elles auraient aimé

bénéficier de consultations et d'échanges réciproques avec le personnel médical. Cette exclusion perçue par les participantes semble avoir contribué à créer chez elles une impression que leur corps était « objectalisé », ce qui s'apparente à nouveau aux observations de Dubé et Noël (2015). Ce concept de corps objectalisé suggère que le personnel médical interagit avec les patientes comme si leur corps était dissocié de leur vie psychique (c.-à-d. sentiments, choix, souhaits et inquiétudes) et se désengage en quelque sorte du rapport humain avec ces dernières.

Deuxièmement, toutes les participantes ont ressenti une indisponibilité affective ou un manque d'intérêt de la part des médecins rencontrés, ce qui leur a déplu. Elles ont eu l'impression d'avoir peu d'espace pour partager leurs soucis ou questionnements à l'égard des différents traitements et examens. Ces observations concordent avec les résultats obtenus dans le cadre d'études menées auprès de femmes hétérosexuelles enceintes questionnées quant à leur expérience des suivis obstétricaux (Capponi & Horbacz, 2007; Epelboin, 2001), sans être spécifiques aux cliniques de fertilité. Capponi et Horbacz (2007) rapportent notamment que le contact avec le personnel soignant « est aseptisé, dans le mesure où le professionnel médical ne voit que trop souvent en elles [les femmes] un objet d'examen, et non un sujet de relation (p. 118) ».

Le deuil de l'intimité de la conception

Pour les participantes comme pour les couples hétérosexuels infertiles, le fœtus a été conçu à l'extérieur de l'intimité conjugale et donc sans rapport sexuel. Selon les

résultats obtenus, il est possible de penser que la concrétisation de la grossesse rappelle aux futures mères homosexuelles rencontrées l'« infertilité biologique » de l'amour qu'elles se portent. Les participantes doivent donc faire le deuil d'un enfant biologiquement lié à elles deux, deuil qui doit être complété tant aux plans rationnel qu'affectif. Ces propos évoquent ceux de Naziri (2011) qui, dans son article proposant un modèle de compréhension théorique de la maternité lesbienne, suggère que l'acte médical de l'insémination déconstruit de manière parfois radicale le fantasme qu'un désir d'enfant entre deux partenaires peut suffire à concevoir un enfant.

Une tristesse associée à ce deuil se dégage des propos de certaines participantes. Pour d'autres, un état défensif semble plutôt mis de l'avant, où un renversement en son contraire (le recours à la PMA est vécu comme une option privilégiée et non comme une étape qui met à mal l'intimité du couple) est observé. Cet état défensif a aussi été avancé par Dubé et Noël (2015). Les chercheurs font l'hypothèse d'un état dissociatif chez leurs participantes, état qui leur permet néanmoins d'évoluer au fil des soins malgré les défis et obstacles rencontrés. En revanche, Thompson (2005) s'inquiète du peu d'espace laissé par l'omniprésence des aspects médicaux et biologiques dans le processus de PMA pour vivre et penser les renoncements psychiques nécessaires à la concrétisation du projet de bébé. D'une façon semblable, Delaisi de Parserval (2006a) soutient que ce contexte déssexualise la procréation en la transformant en simple procédure médicale. Par ailleurs, chez les couples hétérosexuels infertiles, une étude qualitative pionnière de Benedek et collaborateurs (1953) soulignait déjà comment la PMA peut être vécue comme une

intrusion dans l'intimité des couples et peut, de ce fait, devenir une procédure traumatique. Des travaux plus récents réalisés auprès de futures mères homosexuelles (Naziri, 2011; O'Neill et al., 2013) reprennent ces réflexions de Benedek et al. concernant l'attention et l'intérêt portés à l'aspect biologique de la conception par le personnel œuvrant en cliniques de fertilité. Ainsi, selon les résultats obtenus, il semble que le contexte peu propice à l'affectivité rende plus difficile le deuil de l'intimité de la conception des futures mères homosexuelles.

Implications de la proximité avec les problématiques d'infertilité. La proximité des problématiques d'infertilité auxquelles ont été exposées les participantes durant leurs visites aux cliniques de fertilité a semblé teinter leur expérience d'accès à la maternité. La majorité d'entre elles ont rapporté avoir l'impression d'être considérées et traitées comme des patientes médicalement infertiles. De ce fait, les participantes ont remarqué qu'elles tendaient à associer les difficultés de conception ou échecs « normaux » d'insémination à des problèmes liés à leur fertilité. Ceci pouvait être source d'inquiétudes, voire d'angoisse pour elles. Il est intéressant de noter que ces inquiétudes sont également présentes chez les futurs parents hétérosexuels qui tentent de concevoir un bébé (Bydlowski, 1997). À notre connaissance, seule l'étude de Ross et al. (2006) a fait de cette situation particulière chez les futures mères homosexuelles son objet d'étude. L'auteur a souligné la nécessité d'offrir l'opportunité à ces femmes de faire des choix informés concernant les procédures entourant l'évaluation de leur fertilité. Il est possible de penser que comme les cliniques de PMA avaient initialement pour objectif

de traiter les problématiques d'infertilité des couples hétérosexuels, elles n'ont pas encore procédé à l'adaptation de certaines procédures.

Impression d'exclusion de la mère sociale

Finalement, les participantes ont perçu que leur conjointe semblait moins incluse au sein des interventions menées par le personnel médical rencontré en clinique de fertilité, rapportant que ces derniers ignoraient leur conjointe et ne s'adressaient pratiquement pas à cette dernière. Les participantes ont également partagé leur impression que leur projet d'enfant n'était pas abordé comme un projet de couple par le personnel médical, mais plutôt comme un projet personnel. Les participantes ont toutefois ajouté que ceci semblait être fait de manière naturelle, sans intention blessante ou malveillante de la part de l'équipe médicale. Cette impression a été observée dans le cadre de l'étude qualitative menée par Almeida et ses collaborateurs (2002) consacrée au vécu de dix pères infertiles traités en clinique de PMA avec leurs conjointes. Ceux-ci ont exprimé se sentir mis à l'écart de la dyade femme-médecin. Il est possible que pour l'équipe médicale, les futures mères biologiques sont les patientes à « traiter » et donc l'objet principal de leur attention. Ceci pourrait s'inscrire dans la lignée des résultats suggérant que la perspective médicale prédomine dans les traitements offerts, les traitements se centrant sur la patiente à traiter et laissant peu d'espace à l'affectivité.

Dans le contexte lesboparental toutefois, cette « mise de côté » de la mère sociale pourrait avoir une résonnance différente pour cette dernière, parce qu'elle s'ajoute aux

des défis déjà présents concernant leur place en tant que mère de leur enfant. D'ailleurs, les écrits scientifiques qui s'intéressent aux besoins des couples lesbiens ayant recours à la PMA rapportent que la reconnaissance du couple parental de la part du personnel soignant a un effet protecteur sur la santé mentale des couples (Markus et al., 2010; Werner & Westerstahl, 2008; Yager et al., 2010). Une étude menée au sujet des besoins de ces couples lors de l'accouchement souligne combien les signes d'acceptation et de soutien du personnel soignant à l'égard des mères sociales peuvent être significatifs pour elles et leur couple, puisqu'ils valident leur rôle de mère (McManus et al., 2005). D'autres études ont également corroboré ces résultats (Ben-Ari & Livni, 2006; Levy, 1989; Mailfert, 2005). Cette conjoncture délicate souligne l'importance d'intégrer les mères sociales, de solliciter et de tenir compte de leur perspective, et ce, tout au long du processus de PMA.

Pour conclure, les résultats de la présente étude témoignent du fait que les futures mères homosexuelles rencontrées sont exposées à trois types de défis. En effet, en plus de devoir faire face à ceux identifiés chez l'ensemble des futurs parents, les femmes homosexuelles rencontrées sont confrontées à ceux propres au devenir parent homosexuel et au cheminement en clinique de PMA. Il est possible que pour certaines futures mères homosexuelles, ces défis additionnels soient vécus comme de simples situations à traverser, les mettant plus ou moins à l'épreuve, alors que pour d'autres, ils donnent lieu à une surcharge qui pourrait causer de la détresse. Il apparaît que le projet d'enfant, de par son aspect hors normes et le fait qu'il implique nécessairement

l'exposition de l'orientation sexuelle des mères, peut rendre les futures mères homosexuelles encore plus sujettes à expérimenter du stress qui s'ajoute à ceux, nombreux, vécus par tous les nouveaux parents. Ces résultats donnent à penser que la réalité des femmes homosexuelles rencontrées peut rejoindre celle identifiée par la théorie du stress associé au statut minoritaire, notion documentée par des chercheurs sociologues et psychologues américains (Brooks, 1981; Hatzenbuehler, 2009; Meyer, 2003). Cette théorie stipule que les personnes homosexuelles vivent de manière générale un stress associé au fait qu'elles appartiennent à une communauté minoritaire régulièrement confrontée à des préjugés.

Retombées de l'étude

Au plan scientifique, la présente étude s'est intéressée à un sujet peu exploré dans le domaine de la psychologie. En outre, la recension des écrits a permis de constater que la majorité des études concernant l'homoparentalité et le processus de PMA ont été faites dans le domaine des sciences infirmières, de la sociologie ou du droit de la famille. Par ailleurs, les récentes avancées scientifiques entourant les traitements de la PMA et la juridiction socio-légale québécoise qui en permet l'accès à une diversité de parents d'intention – malgré la récente abolition du programme de gratuité – font en sorte que ce champ de pratique clinique en plein essor demeure actuellement peu étudié. À notre connaissance, cette recherche est l'une des rares ayant été réalisée au Québec et à s'être attardée à l'expérience de la transition à la maternité des femmes lesbiennes enceintes, ainsi qu'à leur expérience des soins reçus en clinique de PMA. Étant donné

les particularités du contexte québécois en termes de législation concernant l'homoparentalité, il apparaît important de réaliser des recherches qui peuvent rendre compte de cette réalité. En ce sens, les résultats de cette étude permettent de dégager des connaissances cliniques adaptées au contexte québécois. Ils contribuent aussi à l'avancement des connaissances dans le domaine de la transition à la maternité des couples lesbiens, mais également de l'expérience des traitements de PMA.

Au plan clinique, la méthodologie qualitative utilisée met en lumière des concepts facilement reconnaissables et applicables dans la pratique de la psychologie. Les résultats de l'étude permettent de dégager certaines pistes d'intervention visant à mieux accompagner les femmes homosexuelles qui ont choisi de concrétiser leur projet de bébé via le recours aux techniques de PMA. Ces pistes permettront de sensibiliser les cliniciens œuvrant dans le domaine de la périnatalité et en clinique de PMA aux spécificités des besoins et de l'expérience des futures mères homosexuelles qui cheminent à travers leurs services. Les principaux éléments recueillis concernent l'importance d'inclure la mère sociale aux rendez-vous médicaux, le souhait des mères d'être mieux informées par les professionnels de la santé et médecins des ressources gouvernementales et communautaires disponibles pour les familles homoparentales et le besoin d'un espace pour exprimer aux médecins leurs préoccupations et inquiétudes et d'être accueillies dans ce contexte.

Forces, limites et pistes de recherches futures

Forces de l'étude

La principale force de cette recherche est de s'être intéressée à un domaine de recherche encore peu exploré. En effet, les travaux sur le devenir parent des femmes homosexuelles en processus de PMA sont peu nombreuses. Que ce soit dans le domaine de la transition à la maternité ou celui de la PMA, la plupart des études s'intéressent à l'expérience des personnes hétérosexuelles. La présente recherche s'est penchée sur le vécu de femmes lesbiennes enceintes, dans le but de mieux connaître les spécificités de leur expérience, mais également d'identifier les aspects communs à l'ensemble des parents en devenir. Elle contribue de cette façon à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'homoparentalité, mais aussi de la transition à la parentalité dans un contexte de recours à la PMA, contexte qui participe à la diversification des façons d'accéder à la parentalité.

Ensuite, cette étude a utilisé une méthodologie de recherche qualitative afin d'étudier l'expérience des participantes. Ce devis de recherche permet d'obtenir un portrait plus vaste du phénomène étudié, plutôt que de se centrer sur un aspect précis. Ainsi, les données issues de la présente recherche sont représentatives de la complexité de l'expérience des participantes rencontrées. Aussi, le contexte propre aux entrevues semi-structurées a permis une grande liberté d'expression aux participantes. Les questions ouvertes ont laissé place à une variété de réponses, ce qui a fait ressortir de

nombreuses thématiques au sujet de la transition à la maternité des femmes homosexuelles via le processus de PMA.

Finalement, une particularité qui distingue la présente étude des travaux précédents consacrés à la transition à la maternité concerne le fait que les participantes étaient enceintes au moment de l'entretien, ce qui leur a donné l'occasion de commenter leur expérience et leurs besoins actuels. Les précédentes recherches questionnaient plutôt les mères lesbiennes quant au souvenir qu'elles gardaient de la période de l'accès à la maternité. Or, il a été démontré que ce questionnement rétrospectif manque de fiabilité, puisqu'il est sensible au passage du temps et peut entraîner certains biais cognitifs (Fortin, 1996).

Limites de l'étude

L'échantillon de la présente étude est constitué de femmes caucasiennes, ayant un niveau de scolarisation post-collégiale, issues de la classe moyenne et vivant majoritairement en centre urbain. Ainsi, il est possible que les résultats obtenus soient transférables seulement à une partie de la population homosexuelle, qui présenterait des caractéristiques similaires aux participantes.

Par ailleurs, l'analyse thématique d'approche inductive utilisée dépend en grande partie de la subjectivité du chercheur. Alors que cela permet de mettre en lumière un ensemble riche et approfondi de thématiques, l'interprétation qu'en fait le chercheur

introduit un certain biais dont il convient de tenir compte (Blais & Martineau, 2006). Dans ce contexte et afin d'éviter que seule la subjectivité de la chercheuse principale soit prise en compte, des séances de discussions ont eu lieu avec la directrice et la co-directrice de thèse et ont permis de valider et de co-construire les résultats obtenus.

Ensuite, le choix de l'objet d'étude fait en sorte que seule l'expérience des mères biologiques a été investiguée. Ces dernières ont certes partagé leur vision de l'expérience de leurs conjointes (mères sociales) quant aux défis qu'elles rencontrent à l'égard de la construction de leur identité de mère et quant à leur sensibilité à l'hétéronormativité. Toutefois, puisqu'ils sont issus de la perspective des mères biologiques quant à l'expérience de la transition à la maternité et de celle en clinique de fertilité des futures mères sociales, ces résultats ne peuvent que fournir des pistes de réflexions pour l'investigation éventuelle de ces thématiques.

Aussi, une proportion non-négligeable des propos des participantes n'était pas spécifique à l'expérience de la transition à la maternité ou des traitements de PMA. Il est possible que la compréhension des participantes de certaines des questions d'entrevue appelait davantage à une description factuelle de leur expérience, alors qu'elles visaient plutôt l'expression de leur vécu affectif. Par exemple, à la question « Pouvez-vous me raconter votre parcours de soins à travers la PMA et le réseau de la santé et la façon dont vous avez vécu ces expériences? », les participantes tendaient à répondre par une description du processus de soins en PMA. À ces moments, il aurait été du rôle de la

chercheuse d'utiliser une question de relance (« De quelle façon avez-vous vécu ces expériences? ») ou de reformuler ou spécifier certaines questions afin d'avoir davantage accès à l'expérience affective des participantes. L'utilisation de plus de questions de relance permettant d'inciter davantage l'exploration de leur monde affectif aurait également pu être bénéfique. Or, elles ont été utilisées à faible fréquence par l'intervieweuse. Par exemple, certaines participantes ont mentionné avoir choisi un donneur qui ressemblait physiquement à la mère sociale, sans en spécifier le rationnel. Les techniques d'analyses ont somme toute permis à la chercheuse d'en retirer une compréhension et un sens, notamment en étudiant de manière transversale les verbatim. Toutefois, il est possible de croire que certaines participantes auraient souhaité en témoigner directement si elles en avaient eu l'occasion. Dans ce contexte, le recours à une technique de validation prônant le va-et-vient entre les données et « le terrain » aurait pu être utilisée : les participantes auraient alors pu préciser elles-mêmes leur pensée.

Finalement, l'échantillon du présent projet est assez homogène : il est majoritairement constitué de femmes caucasiennes, ayant un niveau de scolarisation post-collégial, issues de la classe moyenne et vivant dans des centres urbains. En ce sens, il ne semble pas représentatif de la population homosexuelle québécoise.

Pistes de recherches futures

Tout d'abord, comme la présente recherche comprend un nombre restreint de participantes, il serait intéressant qu'une étude de plus grande envergure soit menée auprès d'un échantillon plus grand et plus diversifié. Pour ce faire, Rothblum, Factor et Aaron (2002) recommandent de multiplier les sources de recrutement (p. ex., dans les magazines, événements, bars et organisations homosexuelles). Ces différentes modalités de recrutement permettraient également de trianguler les résultats obtenus et de réévaluer les liens entre les différents types d'expériences. D'une part, il serait pertinent qu'une étude avec une méthodologique mixte (qualitative et quantitative) s'attarde aux mêmes questions de recherche que celles du présent projet. À l'aide d'un devis quantitatif, des variables telles que les expériences d'hétéronormativité ou d'homophobie, la détresse psychologique (p. ex., anxiété et dépression), la satisfaction conjugale et le soutien social des participantes pourraient être mesurés. Ceci permettrait notamment de généraliser les résultats à la population des femmes homosexuelles qui deviennent mères en ayant recours à la PMA. D'autre part, il pourrait être intéressant de modifier le paradigme d'analyse qualitatif afin de favoriser l'émergence de différentes subjectivités chez les participantes, rendant ainsi compte de la complexité du phénomène à l'étude. Cette plus grande ouverture et souplesse méthodologique pourrait être possible via l'adoption d'une logique d'analyse inductive plutôt que thématique et en travaillant de manière parallèle à recueillir des données et à resserrer le canevas d'entretien, visant à de mieux en mieux définir l'objet de recherche.

De plus, il serait important de s'intéresser à l'expérience de la transition à la maternité et des traitements de PMA des futures mères sociales. En effet, les résultats de la présente recherche – issus de la perspective des participantes qui sont de futures mères homosexuelles biologiques – suggèrent que la position de ces femmes face au projet parental peut être source d'une plus grande détresse comparativement à celle de leurs conjointes ayant participé à l'étude. L'obtention de leur perspective contribuerait à une compréhension globale et plus représentative du processus de transition à la maternité des femmes homosexuelles qui attendent un bébé suite au recours à la PMA.

Conclusion

La présente recherche avait pour objectif de documenter l'expérience individuelle, conjugale et sociale du devenir parent des femmes homosexuelles enceintes grâce au recours à la PMA, ainsi que leur appréciation des traitements reçus en clinique de fertilité. À notre connaissance, cette thèse est la première étude s'intéressant à l'expérience de la transition à la maternité lesbienne au Québec. En effet, les écrits scientifiques qui se sont intéressés à la maternité lesbienne ont davantage documenté la légitimité du projet d'enfant homoparental, le développement de leurs enfants et les facteurs décisionnels qui sous-tendent les choix auxquels sont confrontés les couples lesbiens (c.-à-d. choix du donneur, choix la configuration familiale et choix de celle qui portera l'enfant, le cas échéant). Par ailleurs, la majorité des écrits scientifiques consacrés à l'expérience psychologique des soins de fertilité concernent le vécu des couples hétérosexuels infertiles. De plus, les recherches s'étant intéressées à l'expérience affective des soins médicaux reçus par les femmes homosexuelles ont été menées dans des centres hospitaliers offrant des suivis de grossesse et donc non-spécifiques aux traitements de PMA. Finalement, plusieurs de ces études ont été effectuées dans d'autres pays, où la législation entourant l'homoparentalité et l'accès aux services n'est pas la même qu'en contexte québécois.

L'échantillon était constitué de cinq femmes lesbiennes enceintes pour la première fois via le recours aux techniques de PMA. Au moment de concrétiser leur

projet d'enfant, les participantes étaient toutes en couple avec la mère sociale de leur futur enfant. L'analyse thématique d'approche inductive a permis de dégager des données recueillies quatre types de thématiques qui ont teinté l'expérience des futures mères homosexuelles enceintes : celles propres à la transition à la maternité, celles concernant la transition à la maternité homosexuelle, celles entourant la transition à la maternité en contexte de PMA et celles reliées à l'hétéronormativité. Les trois premiers thèmes se sont déclinés en dimensions individuelle, conjugale et sociale.

D'abord, il se dégage des résultats que le contexte homoparental et de PMA semble solliciter de nombreuses réflexions et préoccupations aux plans conjugal et social, ce qui peut faire en sorte que les futures mères homosexuelles rencontrées soient moins centrées sur leur expérience individuelle, du moins à ce moment de leur vie. Par ailleurs, les participantes ont rapporté que le projet de bébé les expose de manière répétée à des référents hétéronormatifs et ce, dans différents contextes sociaux (p. ex., avec leur famille, l'entourage élargi ou les intervenants des services de santé). Cette confrontation à la norme hétérosexuelle peut contribuer à générer du stress chez les futures mères homosexuelles, d'autant plus qu'elle se produit alors qu'elles sont particulièrement sensibles et en recherche de soutien social. En ce sens, il semble difficile pour ces femmes de se montrer vulnérables et en demande de soutien lorsqu'elles doivent, a contrario, assumer les différents aspects homoparentaux de leur projet d'enfant (p. ex., recours à un donneur, asymétrie du lien biologique à l'enfant, absence de père) face à un environnement hétéronormatif. Ainsi, les résultats suggèrent

l'émergence d'un paradoxe pour les futures mères lesbiennes : alors qu'il est démontré que le soutien social est particulièrement important durant la période de l'accès à la maternité (Hamelin-Brabant et al., 2015), c'est précisément au sein de ces interactions que les femmes homosexuelles sont confrontées aux normes hétérosexuelles.

Ensuite, les résultats obtenus suggèrent que le cheminement en clinique de PMA pour les couples de femmes homosexuelles est caractérisé par la présence de nombreuses expériences insatisfaisantes. L'analyse de leur discours permet de dégager des thématiques entourant la lourdeur des examens médicaux auxquels elles ont dû se soumettre pour s'assurer de leur fertilité alors qu'a priori, elles ne présentent pas de difficultés à cet égard, un vécu affectif difficile en lien avec la longueur du processus, une impression de mise à l'écart de la mère sociale dans les interventions des professionnels et le contact décrit comme étant souvent froid avec les médecins rencontrés.

La présente étude conclut que de manière générale, il semble important de mieux soutenir ces femmes au plan affectif, notamment en s'intéressant à leurs besoins et spécificités. De plus, les résultats obtenus rappellent que la diversification des demandes de PMA implique de nécessaires réaménagements de la part des intervenants œuvrant au sein de cliniques de fertilité pour s'adapter aux besoins des différentes populations qui ont recours à leurs services.

Au plan de la pratique clinique, les résultats de l'étude permettent de dégager des indications pouvant mener à l'élaboration de repères pour les intervenants et cliniciens qui souhaitent mieux accompagner les futures mères homosexuelles (p. ex., importance pour ces femmes d'inclure la mère sociale aux rendez-vous médicaux, souhait d'être mieux informée par les professionnels de la santé et médecins des ressources gouvernementales et communautaires disponibles pour les familles homoparentales et l'instauration d'un espace pour exprimer leurs besoins affectifs aux médecins et être accueillies dans ce contexte). Ces repères sont similaires aux recommandations proposées dans l'étude canadienne plus importante de Ross et al. (2006) portant sur les besoins spécifiques des futures mères homosexuelles et bisexuelles qui cheminent en clinique de fertilité. À la lumière des résultats de notre étude, nous croyons qu'ils méritent d'être considérés par les professionnels œuvrant en clinique de PMA et en périnatalité.

Pour conclure, dans le contexte où l'accès à la parentalité se diversifie et se modernise pour être accessible à tous et que des progrès au plan des technologies médicales sont constants, il apparaît primordial de poursuivre la recherche effectuée dans les domaines de la parentalité et de la PMA afin de documenter les impacts des traitements en clinique de fertilité sur les futurs parents. Il semble notamment pertinent d'interroger l'expérience de la transition à la maternité des mères sociales, qui n'a été accessible que via le discours des futures mères biologiques dans le cadre de la présente recherche.

Références

- Achim, J., & Noël, R. (2014). Devenir parent en ayant recours à la procréation médicalement assistée. *Psychologie Québec*, 31(5), 26-28.
- Achim, J., Ensink, K., Noël, R., & Deshaies, L.-A. (2015). *Le devenir parent et l'expérience des soins des femmes homosexuelles ayant eu recours à la PMA*. Document inédit, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, QC.
- Achim, J., Noël, R., Ensink, K., Deshaies, L.-A., & Boyer, A. (2014, Juin). *Becoming a parent through Assisted Reproduction Technologies: Experience of heterosexual couples, lesbians couples and singles mothers*. Affichée présentée 14^e congrès de la *World Association for Infant Mental Health*, Edinburgh, Écosse.
- Allard, M.-A., & Tremblay, D. (2014). La consultation psychologique lors du recours à un don de gamètes. *Psychologie Québec*, 31(5), 37-39.
- Allen, S., & Hawkins, A. (1999). Maternal gatekeeping: Mothers' beliefs and behaviors that inhibit greater father involvement in family work. *Journal of marriage and the family*, 61, 199-212.
- Almack, K. (2006). Seeking sperm: Accounts of lesbian couples' reproductive decision making and understandings of the needs of the child. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 20, 1-22. doi: 10.1093/lawfam/ebi030
- Almeida, A., Müller Nix., C., Germond, M., & Ansermet, F. (2002). Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée. *La psychiatrie de l'enfant*, 45, 45-75.
- Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 246-255. doi: 10.1002/1097-0355
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182. doi: 10.1002/1097-0355
- Arènes, J. (2013). Désir d'enfant et création de l'avenir. *Études*, 10(419), 327-336.

- Baetens, P., & Brewaeys, A. (2001). Lesbian couples requesting donor insemination: An update of the knowledge with regard to lesbian mother families. *Human Reproduction Update*, 7(5), 512-519.
- Barbara, A. M., Quandt, S. A., & Anderson, R. T. (2001). Experiences of lesbian in the health care environment. *Women & Health*, 34(1), 45-62.
- Bayle, B. (2008). La grossesse, une période de transmission psychique? Dans J. Besson & M. Galtier (Éds), *Hériter, transmettre : le bagage de bébé* (pp. 73- 93). Paris, France : Érés.
- Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1996). Coparenting, parenting and early emotional development. Dans J. McHal & P. Cowan (Éds), *Understanding How Family-Level Dynamics Affect Children's Development: Studies of Two-Parent Families* (pp. 45-56). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Ben-Ari, A., & Livni, T. (2006). Motherhood is not a given thing: Experiences and constructed meaning of biological and non-biological lesbian mothers. *Sex Roles*, 54, 521-531. doi: 10.1007/s11199-0069016-0
- Benedek, T. (1956). Psychobiological aspects of mothering. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26(2), 272-278. doi: 10.1111/j.1939-0025.1956.tb06176.x
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417. doi: 10.1177/000306515900700301
- Benedek, T., Ham, G., Robbins, F. P., & Rubenstein, B. B. (1953). Some emotional factors in infertility. *Psychosomatic Medicine*, 15(5), 485- 499.
- Bennett, S., Lefcourt, I. S., Haft, W., Nachman, P., & Stern, D. (1994). The activation of maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 15(4), 336-347. doi: 10.1002/1097-0355
- Bergeret-Amselek, C. (1996). *Le mystère des mères*. Paris, France : Desclée de Bouver.
- Bermingham, S., Daniluk, J., Newton, C., Takefman, J., & Yee, S. (2009). Assisted human reproduction counselling practice guidelines. *Canadian Fertility and Andrology Society*.
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2007). Lesbian women's experiences of health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 238-243.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blaug, M. (1982). *La méthodologie économique*. Paris, France : Economica.
- Bouissou, C., & Bergonnier-Dupuy, G. (2004). Une approche de l'expérience et de l'identité parentales par l'étude des spécificités des discours des hommes et des discours des femmes. *Connexions*, 2(82), 185-201.
- Bonet, L., Wells, B. E., & Parsons, J. T. (2007). A positive look at a difficult time: A strength based examination of coming-out for lesbian and bisexual women. *Journal of LGBT Health Resources*, 3(1), 7-14.
- Bos, H. M., van Balen, F., & van den Boom, D. C. (2003). Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. *Human Reproduction*, 18(10), 2216-2224.
- Boukhalfa, N. (2014). La dépression prénatale : approche psychopathologique selon le modèle kleinien. *Topique*, 127, 95-101. doi: 10.3917/top.127.0095
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brewaey, A., Ponjaert, I., Van Hall, E. V., & Golombok, S. (1997). Donor insemination: Child development and family functioning in lesbian mother families. *Human Reproduction*, 12(6), 1349-1359.
- Brezina, P. R., Ning, N., Mitchell, E., Zacur, H. A., Baramki, T. A., & Zhao, Y. (2012). Recent advances in assisted reproductive technology. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 1(4), 166-173.
- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and mental health*. New York, NY : Oxford University Press..
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington, MA : Lexington Books.
- Brown, R., & Perlesz, A (2007). In search of a name for lesbians who mother their non-biological children. *Journal of LGBT Family Studies*, 4(4), 453-467. Doi: 10.1080/155504280802191574
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

- Buchholz S. E. (2000). Experiences of lesbian couples during childbirth. *Nursing Outlook*, 48, 307–311.
- Bushnik, T., Cook, J., Hughes, E., & Tough, S. (2012). Le recours aux services médicaux d'aide à la conception. *Rapports sur la santé*, 23(4), 3-11.
- Bydlowski, M. (1997). La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris, France : Puf.
- Caire, A-B. (2015). Chapitre 6. La procréation médicalement assistée et les couples homosexuels. *Journal international de bioéthique*, 26, 91-109. doi: 10.3917/jib.262.0091
- Canneaux, M. (2009). Réflexions sur les enjeux psychiques de la survenue d'une grossesse au terme d'un don d'ovocytes. *L'Esprit du temps : Champ psychosomatique*, 4 (56), 135-153.
- Capponi, I., & Horbacz, C. (2007). Le « devenir mère » : anxiété et temporalité de l'accompagnement. *Pratiques psychologiques*, 14, 389-202.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1996). *The expanded family life cycle: Individual, family and social perspective* (3^e éd.). Londres, Grande-Bretagne: Pearson.
- Chabot, J. M., & Ames, B. D. (2004). "It wasn't 'let's get pregnant and go do it':" Decision making in lesbian couples planning motherhood via donor insemination. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 53(4), 348-356. doi: 10.1111/j.0197-6664.2004.00041.x
- Chapman, R., Wardrop, J., Zappia, T., Watkins, R., & Shields, L. (2012). The experiences of Australian lesbian couples becoming parents: Deciding, searching and birthing. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1878- 1885. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04007.x
- Chateauneuf, D. (2011). *Désir d'enfant, procréation médicalement assistée et adoption : réflexion sur la définition des liens de parenté* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Cherguit, J., Burns, J., Pettie, S., & Tasker, F. (2012). Lesbian co-mothers' experiences of maternity healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1269-1278. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06115.x
- Ciano-Boyce, C., & Shelley-Sireci, L. (2002). Who is mommy tonight? *Journal of homosexuality*, 43(2), 1-13. Doi: 10.1300/J082v43n02_05

- Cicchelli, V. (2001). La construction du rôle maternel à l'arrivée du premier enfant. *Recherches et prévisions*, 63, 33-45.
- Clarke, V. (2008). From outsiders to motherhood to reinventing the family: Constructions of lesbian parenting in the psychological literature. *Women's Studies International Forum*, 31, 118- 128.
- Coëffin-Driol, G., & Giami, A. (2004). The impact and its treatment life and marital relationships: Review of the literature. *Gynecology, Obstetric and Fertility*, 32(7), 624-637. Doi: 10.1016/j.gyobfe.2004.06.004
- Colarusso, C. A. (1990). The third individuation. The effect of the biological parenthood on separation-individuation processes in adulthood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 179-194.
- Collège des médecins du Québec (2015). *Les activités de procréation médicalement assistée : démarche clinique et thérapeutique*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-11-18-fr-activites-de-procreation-medicalement-assistee.pdf>
- Commission de l'Éthique et de la Science et de la Technologie (2009). *Avis éthique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire*. Repéré à http://www.ethique.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=59&Itemid=1
- Connoly, K. J., . Edelman, R. J., Cooke, I. D., & Robson, J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Resource*, 5, 459-468.
- Côté, I. (2012). *Deux mères, un donneur et des enfants? Une reconfiguration des rôles familiaux?* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, Qc.
- Cousineau, T., & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 21(2), 293-308. doi: 10.1015/j.bpobgyn.2006.12.003
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA : SAGE publications.
- D'Amore, S. (2012). « Quelle famille? L'homoparentalité à l'épreuve de l'approche systémique ». *Thérapie familiale*, 33(2), 85-92.
- D'Augelli, A. R. (2002). Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual

- youths ages 14–21. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 433–456.
- Darwiche, J., Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex, P., Despland, J.-N. & de Roten, Y. (2013). Couples' resolution of an infertility diagnosis before undergoing in vitro fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72(2), 91-102. doi: 10.1024/1421-0185/a000102
- Delaisi de Parseval, G. (2003). Les PMA ou « paternités médicalement assistées ». Dans P. Marciano (Éd), *Le Père, l'homme et le masculin en périnatalité* (pp. 99-112). Paris, France : Érès.
- Delaisi de Parseval, G. (2006). Le sexuel et le parental. Dans D. Coum (Éd), *La famille change-t-elle?* (pp. 99- 110). Paris, France : Érès.
- Delion, P. (2010). *La fonction parentale*. Bruxelles, Belgique : Yapaka.be.
- DeMino, K., Appleby, G., & Fisk, D. (2007). Lesbian mothers with planned families: A comparative study of internalized homophobia and social support. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 165-173. doi: 10.1037/0002_9432.77.1.165
- Dempsey, D. (2010). Conceiving and negotiating reproductive relationships: Lesbian and gay men forming families with children. *Sociology*, 44, 1145-1162.
- Descoutures, V. (2006). Les « mères non statutaires » dans les couples lesbiens qui élèvent des enfants. *Dialogue*, 173(3), 71-80.
- Descoutures, V. (2010). *Les mères lesbiennes*. Paris, France : Puf.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal, QC : McGraw-Hill.
- Donovan, C., & Wilson, A. R. (2008). Imagination and integrity: Decision-making among lesbian couples to use medically provided donor insemination. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal of Research, Intervention and Care*, 10(7), 64-665. doi: 10.1080/13691050802/75739
- Dubé, A.-L., & Noël, R. (2015). *Étude exploratoire du recours à la PMA : vécu affectif et devenir mère* (Thèse de spécialisation inédite). Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.
- Du Chesne, L., & Bradley, B. (2007). The subjective experience of the lesbian (m)other: An exploration of the construction of lesbian maternal identity. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 3(1), 25-33.

- Ducouso-Lacaze, A. (2009). Une approche clinique de l'homoparentalité. *Le bulletin freudien*, 54, 27-41.
- Ducouso-Lacaze, A., & Grihom, M. (2010). Homoparentalité : apports d'une approche psychanalytique. *Le divan familial*, 25, 127-142. doi: 10.3917/difa.025.0125
- Dunne, G. A. (2000). Opting into motherhood: Lesbians blurring the boundaries and transforming the meaning of parenthood and kinship. *Gender and Society*, 14(1), 11-35.
- Epelboin, S. (2001). Impossibilité de concevoir. *Études sur la mort*, 119, 101-109. doi: 10.3917/eslm.119.0101
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 58, 613-621.
- Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue*, 199, 73-83. doi: 10.3917/dia.199.0073
- Favez, N., Frascarolo, F., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). Family alliance stability and change from pregnancy to toddlerhood and marital correlates. *Swiss Journal of Psychology*, 65, 213-220.
- Faure-Pragier, S. (2010). Rester psychanalyste devant l'homoparentalité. *Revue belge de psychanalyse*, 56(1), 13-34.
- Fernandez, A., Ohl, J., & Reder, F. (2009). Does sexuality still have a place for couples treated with assisted reproductive techniques? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 38(5), 377-388. doi: 10.1016/j.jgy.2009.05.002
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (2001). *The primary triangle: A developmental systems view of fathers, mothers and infant*. New York, NY : Basic Books.
- Flaks, D. K., Ficher, I., Masterpasqua, F., & Joseph, G. (1995). Lesbians choosing motherhood: A comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children. *Developmental Psychology*, 31(1), 105-114.
- Flis-Trèves, M., & Gellman, S. (2003). Sexualité et aide médicale à la procréation. *Spirale*, 2(26), 65-70. doi: 10.3917/spi.026.0065
- Fond, G., Franc, N., & Purper-Ouakil, D. (2012). Homoparentalité et développement de l'enfant : données actuelles. *L'Encéphale : revue de psychiatrie clinique*

- biologique et thérapeutique*, 38(1), 10-15. doi: 10.1016/j.encep.2011.05.005
- Fortin, M.-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Montréal, QC : Décarie éditeur.
- Fossoul, C., D'Amore, S., Miscioscia, M., & Scali, T. (2013). La transition à la parentalité chez les couples homosexuels : étude exploratoire. *Thérapie familiale*, 34, 265-283. doi: 10.3917/tf.132.0265
- Francoeur, M.-C. (2015). *Structures familiales et vécu parental dans les familles homoparentales : état des recherches*. Repéré sur le site du Ministère de la famille : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/familles-homoparentales-rapport.pdf>
- Frascarolo, F. (1994). *Engagement paternel quotidien et relations parents-enfant* (Thèse de doctorat inédite). Université de Genève, Suisse.
- Frascarolo, F., Darwiche, J., & Favez, N. (2009). Couple conjugal et couple coparental : quelle articulation lors de la transition à la parentalité? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 42, 207-229.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris ; PUF.
- Füller, T., & Fincham, F. (1994). The marital life cycle: A developmental approach to the study of marital change. Dans L. L'Abate (Éd), *Handbook of developmental family psychology and psychopathology* (pp. 60-82). Oxford, Angleterre : John Wiley & Sons.
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20, 224-228.
- Gartrell, N., Banks, A., Hamilton, J., Reed, N., Bishop, H., & Rodas, C. (1999). The national lesbian family study: 2. Interviews with mothers of toddlers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(3), 362-369.
- Gartrell, N., Hamilton, J., Banks, A., Mosbacher, D., Reed, N., Sparks, C. H., & Bishop, H. (1996). The national lesbian family study: 1. Interviews with prospective mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 272-281. doi: 10.1037/h0080178
- Gebuza, G., Kazmierczak, M., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., & Kotzbach, R. (2014). Life satisfaction and social support received by women in the perinatal period. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 23, 611-619.

- Geoffroy, M., & Chamberland, L. (2015). Discrimination des minorités sexuelles et de genre au travail: quelles implications pour la santé mentale? *Santé Mentale Québec*, 40(3), 145-172. doi: 10.7202/1034916ar
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York, NY : Aldine de Gruyter.
- Glazer, D. F. (2001). Lesbian motherhood: Restorative choice or developmental imperative. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 4(3-4), 31-43. doi: 10.1300/J236v04n03-03
- Goëb, J.-L., Férel, S., Guetta, J., Dutilh, P., Dulioust, E., Guibert, J., ... Jouannet, P. (2006). Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation. *Annales médicopsychologiques*, 164(9), 781-788. doi: 10.1016/j.amp.2006.08.013
- Goldberg, A. E. (2006). The transition to parenthood for lesbian couples. *Journal of GLBT Family Studies*, 1(1), 13-42. doi: 10.1300/J461v02n01_02
- Goldberg, A. E., & Allen, K. (2013). *LGBT – Parent families: Innovations in research and implications for practice*. New York, NY : Springer.
- Goldberg, A. E., & Sayer, A. (2006). Lesbian couples' relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 68, 87-100.
- Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2008). Stigma, social context, and mental health: Lesbian and gay couples across the transition to adoptive parenthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 139-150. doi: 10.1037/a0021684
- Goldstein, L. H., Diener, M. L., & Mangerlsdorf, S. C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behaviour. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71.
- Gratton, E. (2007). La filiation à l'épreuve de la paternité gay. *Recherches familiales*, 4(1), 59-69.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1), 140-162. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
- Grihom, M.-J., & Ducousso-Lacaze, A. (2009). Parentalité et homoparentalité : quels enjeux? *Perspectives Psy*, 48(3), 292-299.
- Gross, M. (2006). Homoparentalités : compositions familiales, décompositions de la

- filiation? *Cités*, 28(4), 73-81. doi: 10.3917/cite.028.0073
- Gross, M. (2008). Désir d'enfant chez les gays et lesbiennes. Dans M. Dugnat (Éd), *Bébés et cultures* (pp. 93-102). Paris, France : Érès.
- Gross, M. (2009). Être grand-parent dans un contexte homoparental en France : chassez le biologique par la porte, il revient par la fenêtre. *Recherches féministes*, 22(2), 69-76. doi : 10.7202/039211ar
- Gross, M., & Bureau, M.-F. (2016). L'homoparentalité et la transparentalité au prisme des sciences sociales : révolution ou pluralisation des formes de parenté? *Enfances, Familles, Générations*, 23, 1-38. doi: 10.7202/1034196ar
- Guizzardi, L. (2016). « Moi aussi, alors, je serai grand-mère ». La construction de la parenté dans les familles homosexuelles. *Revue internationale de sociologie*, 26(2), 295-321.
- Hackel, L., & Ruble, D. (1992). Changes in the marital relationship after the first baby is born: Predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 944-957.
- Hadley, E., & Stuart, J. (2009). The expression of parental identifications in lesbian mothers' work and family arrangements. *Psychoanalytic Psychology*, 26(1), 42-68. doi: 10.1037/a0014676
- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466. doi: 10.1111/j.1471.6712.2011.00950.x
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., ... Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé publique*, 27(1), 27-37.
- Hatzenbuehler, M. (2009). How does sexual minority stigma get "under the skin"? A psychological mediaton framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707-730. doi: 10.1037/a0016441
- Heenen-Wolff, S. & Moget, E. (2011). Homoparentalité et sexualité. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(37), 231-245. doi: 10.3917/cpc.037.0231

- Hequembourg, A. L., & Brallier, S. A. (2009). An exploration of sexual minority stress across the lines of gender and sexual identity. *Journal of Homosexuality*, 56(3), 273–298.
- Hequembourg, A. L., & Farrell, M. P. (1999). Lesbian motherhood: Negotiating marginal–mainstream identities. *Gender & Society*, 13(4), 540–557. doi: 10.1177/089124399013004007
- Herek, G. (1995). Psychological heterosexism in the United States. Dans A. D'Augelli & C. Patterson (Éds), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the life span: Psychological perspectives* (pp. 321–346). New York, NY : Oxford University Press.
- Hopker-Azemar, F. (2011). De la difficulté des hommes à vivre les protocoles de l'aide médicale à la procréation. Dans D. Welzer-Lang & C. Zaouche-Gaudron (Éds), *Masculinité : état des lieux* (pp. 245–253). Toulouse, France : Érès.
- Igartua, K. J. (2009). Journey to parenthood. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 13(4), 253–264. doi: 10.1080/19359700903178848
- Jones, C. (2005). Looking like a family: Negotiating bio-genetic continuity in British lesbian families using licensed donor insemination. *Sexualities*, 8(2), 221–237.
- Julien, D., Tremblay, N., Leblond de Brumath, A., & Chartrand, É. (2001). *Structures familiales homoparentales et expériences parentales chez des mères lesbiennes*. 6^e symposium québécois de recherche sur la famille. UQTR, p. 103–120.
- Julien, D., & Vyncke, J. (2005). Liens entre les enfants de familles homoparentales et leurs grands-parents. Le cas du Canada. Dans M. Gross (Éd), *Homoparentalités, état des lieux* (pp. 363–373). Ramonville-Saint-Agne, France : Érès.
- Lalos, A. (1999). Breaking bad news concerning fertility. *Human Reproduction*, 14(3), 581–585.
- Lambert, S. (2005). Gay and lesbian families: What we know and where to go from here. *Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13(1), 43–51.
- Larsson, A. K., & Dykes, A. K. (2009). Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. *Midwifery*, 25, 682–690.
- Lassiter, P.S., Dew, B. J., Newton, K., Hays, D. G., & Yarbrough, B. (2006). Self-defined empowerment for gay and lesbian parents : a qualitative examination. *The Family Journal*, 14(3), 245–252. doi : 10.1177/1066480706287274

- Lazaratou, H., & Golse, B. (2006). Du désir à l'acte: les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). *La Psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 573-599.
- Leblond de Brumath, A., & Julien, D. (2007). Facteurs reliés au choix de la partenaire qui portera l'enfant chez de futures mères lesbiennes. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(2), 135-150. doi: 10.1037/cjbs2007_2_135
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris : Le Centurion.
- Lebovici, S. (1988). Fantasmatic interaction and intergenerational transmission. *Infant Mental Health Journal*, 9(1), 10-19.
- Lebrun, M. (2009). Homoparentalité : un pléonasme? *Le Bulletin freudien*, 54, 141-149.
- Lee, E., Taylor, J., & Raitt, F. (2010). "It's not me, it's them". How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: A hermeneutic study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 982-990. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05548.x
- Lehmann, J. B., Lehmann, C. U., & Kelly, P. J. (1998). Development and health care needs of lesbians. *Journal of Women's Health*, 7, 379-387 .
- Lemoine-Luccioni, E. (1976). *Partage des femmes*. Paris, France : Seuil.
- Lenie, T., Baetens, P., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2005). Une étude sur les demandes d'insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) chez des couples homosexuels féminins. Dans M. Gross (Éd), *Homoparentalités, état des lieux* (pp. 231-240). Paris, France : Érès.
- Lessick, M., Woodring, B. C., Naber, S., & Halstead, L. (1992). Vulnerability: A conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 6(3), 1-14.
- Levy, E. (1989). Lesbian motherhood: Identity and social support. *Affilia*, 4(4), 40-53. doi: 10.1177/088610998900400403
- Mailfert, M. (2005). La famille homoparentale au féminin : constitution, fonctionnement et processus de légitimation. *Champ psychosomatique*, 38(2), 171-185. doi: 10.3917/cpsy.038.0171
- Markus, E. B. , Weingarten, A., Duplessi, Y., & Jones, J. (2010). Lesbian couples seeking pregnancy with donor insemination. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 124-132. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.09.014

- Marrazzo, J. M., & Stine, K. (2004). Reproductive health history of lesbians: Implications for care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 1298-1304.
- Mathieu, A. (2015, 8 mars). Loi 20 et procréation assistée : les familles LGBTQ recommandent le statu quo. Repéré à <https://www.lesoleil.com/actualite/loi-20-et-procreation-assistee-les-familles-lgbtq-recommandent-le-statut-quo-746a65c36bd65ddb3c7082d36f3c911a>
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Mazoyer, A.-V. & Bourdet-Loubère, S. (2012). Devenir des couples après un parcours en assistance médicale à la procréation sans obtention de grossesse. *Divan familial*, 28, 159-169.
- McHale, J. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31, 985-996.
- McHale, J., Kazali, C., Rotman, T., Talbot, J., Carleton, M., & Lieberman, R. (2004). The transition to coparenthood: Parents' prebirth expectations and early coparental adjustment at 3 months post-partum. *Development and Psychopathology*, 16, 711-733. doi: 10.1017/S0954579404004742
- McMahon, C. A., Tennant, C., Ungerer, J., & Saunders, D. (1999). "Don't count your chickens": A comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 345-356.
- McManus, A. J., Hunter, L. P., & Renn, H. (2005). Lesbian experiences and needs during childbirth: Guidance for health care providers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(1), 13-23. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00008.x
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2010). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Missonnier, S. (2013). Grossesse, stress et psychanalyse. Prolégomènes à un débat heuristique. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 37-66.

- Mitchell, V. (1995). Two moms. *Journal of Feminist Family Therapy*, 7(4), 47-63. doi: 10.1300/J086v07n03_06
- Moget, M. (2010). Homosexualité : recherche qualitative. Dans S. Heenen-Wolff (Éd), *Homosexualités et stigmatisation* (pp. 145-173). Paris, France : PUF.
- Mokrani, M., Ducroix, C., & Vacheron, M.-N. (2012). Travail psychique durant la grossesse, étude au travers d'un cas de psychose du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 131-137.
- Muzio, C. (1993). Lesbian co-parenting : on being/beigin the invisible M(other). *Smith Studies in Social, Work, Special issue, Lesbians and Lesbian Families : Multiple Reflections*, 63, 209-213.
- Nanzer, N. (2009). *La dépression post-partum, sortir du silence*. Genève, Suisse : Éditions Favre.
- Naziri, D. (2011). Du droit à l'enfant au travail psychique de la parentalité : approche psychanalytique de la maternité lesbienne. *Cliniques méditerranéennes*, 83(1), 109-124. doi: 10.3917/cm.083.0109
- Naziri, D., & Dargentas, M. (2011). La parentalité dans un couple lesbien : enjeux et questionnements. *Cahiers de psychologie clinique*, 37(2), 201-229.
- Naziri, D., & Feld-Elzon, E. (2012). Becoming a mother by "AID" within a lesbian couple: The issue of the third. *The Psychoanalytic Quarterly*, 81(3), 683-711.
- Negura, L. (2006, Octobre). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*. Repéré à <https://sociologies.revues.org/993>
- Nezelof, S., Ropers, G., & Duquet, A. (2006). Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi? À qui? Et pourquoi? *Enfances & Psy*, 1(30), 20-28. doi: 10.3917/ep.030.0020
- Nordqvist, P. (2011). "Dealing with sperm": comparing lesbians' clinical and non-clinical donor conception processes. *Sociology of Health & Illness*, 33(1), 114-129. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01279.x
- Nordqvist, P. (2012). Origins and originators: Lesbian couples negotiating parental identities and sperm donor conception. *Culture, Health & Sexuality*, 14(3), 297-311. doi: 10.1080/13691058.2011.639392
- Notman, M. T. (2011). Some thoughts about the psychological issues related to assisted

- reproductive technology. *Psychoanalytic Inquiry*, 31, 380-391. doi: 10.1080/07351690.2010.516230
- O'Neill, K. R., Hamer, H., & Dixon, R. (2013). Perspectives from lesbian women: Their experiences with healthcare professionals when transitioning to planned parenthood. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10, 213-222.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris, France : Armand-Colin.
- Patterson, C. J. (1994). Children of lesbian baby boom: Behavioural adjustment, self concept and sex role identity. Dans H. Greene & G. M. Herek (Éds), *Lesbian and gay psychology, theory, research and clinical applications* (pp. 156-175). Newbury Park, CA : SAGE Publications.
- Péloquin, K., & Brassard, A. (2013). L'infertilité : une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher. *Cahier recherche et pratique*, 3(2), 22-26.
- Péloquin, K., & Lafontaine, M.-F. (2010). What are the correlates of infertility-related clinical anxiety? A literature review and the presentation of a conceptual model. *Marriage & Family Review*, 46(8), 580-620. doi: 10.1080/01494929.2010.543042
- Pennington, S. (1987). Children of lesbian mothers. Dans F. Bozett (Éd), *Gay and lesbian parents* (pp. 165-174). New York, NY : Praeger.
- Perret-Clermont, A. N., & Zittoun, T. (2002). Esquisse d'une psychologie de la transition. *Education Permanente*, 1, 12-15.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosent, K. H. & Schulman, R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55(2), 227-239. doi: 10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x
- Pies, C. A. (1989). Lesbians and the choice to parent. *Marriage and Family Review*, 14(4), 137-154. doi: 10.1300/J002v14n03_07
- Pola, M. (1999). Les contributions psychologiques et psychanalytiques relatives à la grossesse. Dans M. Ammaniti, C. Candelori, M. Pola, & R. Tambelli (Éds), *Maternité et grossesse* (p. 8-17). Paris, France : PUF
- Prieur, N. (2007). La transmission de l'origine dans les nouvelles formes de filiation. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 38(1), 175-191. Doi : 10.3917/ctf.038.0175

- Racamier, P. C., Sens, S., & Carretier, L. (1961). La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Évolution psychiatrique*, 26, 525-570.
- Rafkin, L. (1990). *Different mothers: Sons and daughters of lesbians talk about their lives*. San Francisco, CA, Cleiss Press.
- Raphaël-Leff, J. (2009). *The psychological processes of child bearing* (4^e éd.). Londres, Angleterre : Karnac.
- Read, S. C., Carrier, M.-E., Boucher, M.-E., Whitley, R., Bond, S., & Zelkowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390-395.
- Redding, R. R. (2008). It's really about sex: Same-sex marriage, lesbian parenting, and the psychology of disgust. *Duke Journal of Gender Law and Policy*, 16, 127-193.
- Regnerus, M. (2012). How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study. *Social Science Research*, 41(4), 752-770.
- Reinmann, R. (1998). *Shared parenting in a changing world of work: Lesbian couples' transition to parenthood and their division of labor* (Thèse de doctorat inédite). The City University of New York, New York.
- Renaud, M. T. (2007). We are mothers too: Childbearing experiences of lesbian families. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(2), 190-199. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00136.x
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advance Nursing*, 26, 65-72.
- Rohrbaugh, J. B. (1989). Choosing children. *Women & Therapy*, 8(2), 51-64.
- Röndahl, G., Bruhner, E., & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2337-2344. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05092.x
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2006). Heteronormative assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 373-381.

- Rosenfeld, M. J. (2010). Nontraditional families and childhood progress through school. *Demography*, 47(3), 755-775.
- Ross, L. E. (2005). Perinatal mental health in lesbian mothers: A review of potential risk and protective factors. *Women & Health*, 41(3), 113-128. doi: 10.1300/J013v41n03_07
- Ross, L. E., Steele, L. S., & Epstein, R. (2006). Lesbian and bisexual women's recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services. *Fertility and Sterility*, 86, 735-738. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.01.049
- Rothblum, E. D., Factor, R., & Aaron, D. J. (2002). How did you hear about the study? Or, how to reach lesbian and bisexual women of diverse ages, ethnicity, and educational attainment for research projects. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 6(2), 53-59.
- Ryan-Flood, R. (2005). Contested heteronormativities: Discourses of fatherhood among lesbian parents in Sweden and Ireland. *Sexualities*, 8(2), 189-204.
- Santé Canada. (2004). *Procréation assistée – Législations et lignes directrices*. Répéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/produits-biologiques-radiopharmaceutiques-therapies-genetiques/legislation-lignes-directrices/procreation-assistee.html>
- Spidsberg, B. D. (2007). Vulnerable and strong - Lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 478-486. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04439.x
- St-Pierre, M. (2012). Under what conditions do lesbians disclose their sexual orientation to primary healthcare providers? A review of the literature. *Journal of Lesbian Studies*, 16, 199-219.
- Statistique Canada. (2015). *Les couples de même sexe et l'orientation sexuelle... en chiffres*. Répéré à https://www.statcan.gc.ca/fra/quo/smr08/2015/smr08_203_2015
- Steele, L. S., & Stratmann, H. (2006). Counseling lesbian patients about getting pregnant. *Canadian Family Physician*, 52, 605-611.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*. Paris, France : Calmann-Lévy.
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender and Sexual Orientation*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Svensson, J., Barclay, L., & Cooke, M. (2006). The concern and interests of expectant

- and new parents: Assessing learning needs. *Journal of Perinatal Education*, 15(4), 18-27.
- Tarquino, C., Costantini, M.-L., & Fischer, G.-N. (2002). Soutien social et prise en charge psychologique des malades. Dans G.-N. Fischer (Éd), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 389-404). Paris, France : Dunod.
- Tasker, F. (2005). Lesbian mothers, gay fathers, and their children: A review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(3), 224-240.
- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 266-273.
- Thompson, C. (2005). *Making parents: The ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge, MA : MIT.
- Touroni, E., & Coyle, A. (2002). Decision-making in planned lesbian parenting: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12(3), 194-209. doi: 10.1002/casp.672
- Tremblay, N., & Julien, D. (2004). Les familles homoparentales. *Psychologie Québec*, 24-26.
- Trettin, S., Moses-Kolko, E., & Wisner, K. L. (2006). Lesbian perinatal depression and the heterosexism that affects knowledge about this minority population. *Archives of Women's Mental Health*, 9(2), 67-73. doi: 10.1007/s00737-005-0106-8
- Vallerand, R. J., & Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Vecho, O., & Schneider, B. (2005). Homoparentalité et développement de l'enfant : bilan de trente ans de publications. *La psychiatrie de l'Enfant*, 48(1), 271-328. doi: 10.3917/psy.481.0271
- Volgsten, H., Skoog-Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., & Sundström-Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063. doi: 10.1093/humenrep/den154
- Vyncke, J., Julien, D., Ryan, B., Jodoin, E., & Jouvin, E. (2008). Familles homoparentales. État des lieux. Dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau, & É. Pouliot (Éds), *Visages multiples de la parentalité* (pp. 186- 222). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Wainright, J. L., & Patterson, C. J. (2006). Brief report: Delinquency, victimization and substance use among adolescents with female same-sex parents. *Journal of Family Psychology*, 20, 526–530
- Werner, C., & Westerstahl, A. (2008). Donor insemination and parenting: Concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87, 697-701.
- Wilkins, C. A. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180.
- Wilson, C. M. (2000). The creation of motherhood. *Journal of Feminist Family Therapy*, 12(1), 21-44. doi: 10.1300/J086v12n01_03
- Wilton, T., & Kaufmann, T. (2001). Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17, 203-211.
- Wright, A. J., & Wegner, R. T. (2012). Homonegative microaggressions and their impact on LGB individuals: a measure validity study. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6(1), 34-54. doi: 10.1080/15538605.2012.648578
- Yager, C., Brennan, D., Steele, L. S., Epstein, R., & Ross, L. E. (2010). Challenges and mental health experiences of lesbian and bisexual women who are trying to conceive. *Health & Social Work*, 35(3), 191-200. doi: 10.1093/hsw/35.3.191
- Yin, R. K., (1990). *Case study research: Design and methods, applied social research methods series*. Newbury Park, CA : Sage.
- Zamansky, E. (2007). L'identification projective parentale. *Gestalt*, 32, 129-141.
- Zittoun, T. (2001). *Engendrements symboliques. Devenir parent : le choix du prénom* (Thèse de doctorat inédite). Institut de Psychologie, Université de Neuchâtel, France.

Appendice A
Lettre de sollicitation

Longueuil, mai 2015

Objet : Demande de participation à un projet de recherche intitulé : *Transition à la maternité et trajectoire de soins de femmes lesbiennes enceintes via le recours à la procréation médicalement assistée (PMA)*.

Bonjour,

Par la présente, je souhaite solliciter votre participation à un projet de recherche visant à mieux comprendre l'expérience de la transition à la maternité de femmes lesbiennes enceintes ayant eu recours à la PMA. Plus précisément, cette étude cherche à :

1. Explorer l'expérience psychologique, conjugale et sociale de ces femmes et mieux saisir leurs besoins;
2. Documenter leur trajectoire de soins en PMA afin de fournir aux professionnels oeuvrant dans ce domaine et dans celui de la périnatalité des repères leur permettant de soutenir et accompagner cette population de futures mères.

Je sollicite votre participation à cette étude puisque vous êtes enceinte pour la première fois et parce que votre conjointe et vous avez choisi de concrétiser ce projet d'enfant à l'aide des services de PMA. Je souhaite connaître votre expérience ainsi que vos impressions et perceptions quant à la perspective de devenir mère et quant au processus que vous avez entrepris en PMA.

Si vous acceptez de participer, votre présence sera requise pour une rencontre d'environ deux heures, durant laquelle vous répondrez à des questionnaires, avant de compléter une entrevue que je réaliserai avec vous.

Cette rencontre aura lieu au moment et à l'endroit de votre choix, que ce soit à votre domicile, ou au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke, selon vos disponibilités. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio afin d'en permettre la retranscription pour fins d'analyse. Tous les renseignements recueillis lors de cette rencontre demeureront confidentiels.

Votre participation s'avère très précieuse. Une meilleure compréhension de la réalité des futures mères lesbiennes contribuera non seulement à l'avancement des connaissances scientifiques au sujet de la maternité lesbienne, mais aussi à la

sensibilisation des divers milieux de soins PMA et périnataux aux besoins de ces femmes.

Si vous êtes intéressée à participer à cette recherche, vous pouvez donner votre autorisation au médecin ou à l'infirmière référant à ce que nous communiquions avec vous par téléphone. Celui-ci ou celle-ci se chargera de nous transmettre vos coordonnées. Si vous avez des questions concernant le projet, vous pouvez en tout temps nous appeler ou nous écrire aux coordonnées ci-bas.

Je vous remercie à l'avance de l'intérêt que vous portez à ce projet de recherche.

Louise-Anne Deshaies, M. Sc.
Candidate au doctorat en psychologie
Département de psychologie
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil
Téléphone : 450-463-1835 poste 61550
Courriel : louise-anne.deshaies@usherbrooke.ca

Appendice B
Formulaire de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invitées à participer à un projet de recherche. Le présent document contient des renseignements sur les différents aspects de ce projet. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer au présent projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Transition à la maternité et trajectoire de soins de femmes lesbiennes enceintes via le recours à la procréation médicalement assistée (PMA).

Chercheuses responsables du projet

Louise-Anne Deshaies, M. Sc.
Candidate au doctorat en psychologie
Département de psychologie
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil
Téléphone : 450-463-1835 poste 61550
Courriel : louise-anne.deshaies@usherbrooke.ca

Julie Achim, Ph.D.
Psychologue clinicienne
Professeure agrégée
Département de psychologie
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil
Téléphone : 450-463-1835 poste 61610
Courriel : julie.achim@usherbrooke.ca

Pour toute question concernant la recherche, vous pouvez contacter l'une ou l'autre des chercheuses responsables du projet par téléphone ou courriel, aux adresses indiquées ci-haut.

Objectifs du projet

L'objectif général de cette recherche est de documenter l'expérience de l'accès à la maternité de futures mères lesbiennes enceintes via le recours à la PMA.

Plus précisément, nous souhaitons :

1. Explorer l'expérience psychologique, conjugale et sociale de ces femmes et mieux saisir leurs besoins;
2. Documenter leur trajectoire de soins en PMA afin de fournir aux professionnels oeuvrant dans ce domaine et dans celui de la périnatalité des repères leur permettant de soutenir et accompagner cette population de futures mères.

Raison et nature de la participation

Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à l'étude puisque vous et votre conjointe attendez un enfant conçu à l'aide des services de PMA. Nous souhaitons connaître votre expérience ainsi que vos impressions et perceptions quant à la perspective de devenir mère et quant au processus que vous avez entrepris en PMA.

Votre participation à ce projet sera requise pour une rencontre d'environ 2 heures. Cette rencontre aura lieu à l'endroit qui vous convient le mieux et selon vos disponibilités (que ce soit de jour ou de soir, de semaine ou de fin de semaine). Vous aurez d'abord à remplir des questionnaires avant de participer à une entrevue qui abordera différents aspects de votre expérience de la maternité et des services de PMA. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio afin d'en permettre la retranscription pour fins d'analyse.

Avantages pouvant découler de la participation

La participation à ce projet de recherche contribuera à l'avancement des connaissances entourant la transition à la maternité lesbienne dans le contexte du recours à la PMA. Par le fait même, cela vous permettra de prendre un temps pour réfléchir à votre expérience personnelle d'accès à la maternité et ainsi contribuer à une meilleure connaissance de vous-mêmes.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Au besoin, vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra davantage.

Il se pourrait que lors de l'entrevue, le fait de parler de votre expérience vous amène à vivre un certain inconfort. Dans ce cas et si vous en ressentiez le besoin, nous pourrions vous référer au CSSS de votre secteur ou, si vous le préférez, au service de référence de l'Ordre des Psychologues du Québec (téléphones : 514 738-1223 / 1 800 561-1223).

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre à tout moment d'y mettre fin et ce sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de la recherche, demandez-vous à ce que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui _____ Non _____

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage et surveillance

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Durant votre participation à ce projet, la chercheuse principale recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet seront recueillis (nom, date de naissance, âge au moment de la grossesse, informations sur la démarche en procréation médicalement assistée, origine ethnique, etc.).

Afin de protéger la confidentialité de votre identité durant la collecte et l'analyse des données, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant le nom de la participante à son dossier de recherche sera conservée par la chercheuse principale du projet.

Durant la transcription des entrevues audio, les noms des personnes mentionnées durant l'entrevue seront remplacés par des noms fictifs. La légende permettant de relier les noms fictifs aux noms réels sera conservée par la chercheuse principale du projet.

Les données recueillies seront conservées sous clé pour une période n'excédant pas 10 années. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

La chercheuse utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits plus haut.

À des fins de surveillance ou de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Résultats de la recherche et publication

Les données du projet de recherche pourront être publiés dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Toutefois, aucune publication ou communication scientifique ne contiendra de l'information permettant de vous identifier.

Veuillez noter que nous préserverons en tout temps l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche de la faculté des Lettres et sciences humaines (CÉR-LSH)

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche.

En cas de problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre présente participation au projet de recherche ou si vous avez des préoccupations, vous pouvez contacter M. Olivier Laverdière, président du CÉR-LSH. Ceci pourra se faire en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 1-800-267-8337 poste 62644 ou par courriel à : cer_lsh@usherbrooke.ca

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser de questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature _____ de _____ la _____ participante :

Fait à _____, le _____
20_____

Déclaration de responsabilité de la chercheuse de l'étude

Je, _____, chercheuse principale de l'étude, déclare que je suis responsable du déroulement du présent projet de recherche. Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature _____ de _____ la _____ chercheuse principale de _____ l'étude :

Fait à _____, le _____
20_____

Appendice C
Questionnaire socio-démographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE
DONNÉES PERSONNELLES DE LA PARTICIPANTE

Date ____/____/____
 Jour Mois Année

Âge : _____

Langue _____ maternelle :

Degré de scolarité complété : Primaire ____ Secondaire 1 à 4 ____ Secondaire 5 ____
DEP ____ Cégep ____ Université 1^{er} cycle ____ Université 2^e cycle ____ Université 3^e
cycle ____

Origine _____ ethnique/ _____ culturelle _____ :

Occupation actuelle : Travail temps complet ____ Travail temps partiel ____
Aux études ____ À la maison ____ Retrait préventif ____ Congé de maternité

Congé de maladie ____ Chômage ____ Aide sociale ____

SITUATION DE VIE FAMILIALE

État civil : Mariée ____ Séparée / Divorcée ____ Célibataire ____ Veuve ____

Union de fait _____

Avec _____ qui _____ résidez-vous?

Revenu annuel familial (vous et votre partenaire, avant impôt):

- (1) Moins de 5 000\$ ____
(2) Entre 5 000\$ et 10 000\$ ____
(3) Entre 10 000\$ et 20 000\$ ____
(4) Entre 20 000\$ et 30 000\$ ____
(5) Entre 30 000\$ et 50 000\$ ____
(6) Entre 50 000\$ et 100 000\$ ____

(7) Plus de 100 000\$ ____

(8) Plus de 200 000\$ ____

QUESTIONS SUR DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Cette grossesse est votre : 1^{ère} ____ 2^{ème} ____ 3^{ème} ____

Autre,

précisez :

Nombre de semaines de grossesse complétées :

Quelle est la date approximative prévue de votre accouchement?

Avez-vous actuellement **ou** avez-vous eu des difficultés particulières au cours de cette grossesse ?

Nausées : Oui ____ Non ____

Vomissements : Oui ____ Non ____

Diabète : Oui ____ Non ____

Hypertension : Oui ____ Non ____

Problèmes de sommeil : Oui ____ Non ____

Humeur changeante : Oui ____ Non ____

Affects tristes : Oui ____ Non ____

Anxiété : Oui ____ Non ____

Autres : Oui ____ Non ____ précisez la nature

Dans le contexte de la grossesse actuelle, à quels soins de procréation médicalement assistée avez-vous eu recours? : L'insémination artificielle (UII) ____ La fécondation In Vitro (FIV) ____ La fécondation In Vitro avec cycle naturel (FIVn) ____

Souffrez-vous de problèmes de fertilité : Oui ____ Non ____

Si oui, précisez de quelle nature :

Avez-vous eu recours à des méthodes pour augmenter votre fertilité pour cette grossesse (naturelles ou médicales): Oui ____ Non ____

Si oui, précisez de quelle nature :

Combien de tentatives ont été nécessaires avant de mener à votre grossesse actuelle?

À partir du moment où vous avez décidé de devenir enceinte, combien de mois cela a-t-il pris pour que vous soyez enceinte?

Avant cette grossesse avez-vous connu :

Des avortements spontanés (fausses couches) Oui ____ Non ____

Si oui, précisez combien :

Des menaces d'avortements spontanés ? Oui ____ Non ____

Si oui, précisez :

Un ou des avortements : Oui ____ Non ____

Si oui, précisez combien :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX ET ÉVÉNEMENTS DE VIE

Nous aimerions connaître les différentes difficultés personnelles que vous ou un de vos proches vivez actuellement ou que vous auriez pu vivre par le passé. **Veillez cocher uniquement ce qui s'applique à vous, à vos parents ou à vos frères et sœurs**

	Vous-même	Parents	Fratrie
Anxiété			
Dépression			
Trouble de l'humeur			
Trouble alimentaire			
Toxicomanie, alcoolisme			

Trouble de la personnalité			
Violence, abus physique			
Abus sexuel			
Tentative de suicide			
Automutilation			
Autre(s) : précisez			
Autre(s) : précisez			

Est-ce qu'un ou des évènements significatifs **pour vous** sont survenus depuis le début de votre grossesse? Oui ____ Non ____

Si _____ oui, _____ précisez :

Est-ce qu'un ou des évènements significatifs **pour un de vos proches** sont survenus depuis le début de votre grossesse?

Oui ____ Non ____

Si _____ oui, _____ précisez :

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

Appendice D
Entretien semi-structuré

ENTREVUE CONCERNANT LE DEVENIR PARENT ET L'EXPÉRIENCE DES SOINS DES FEMMES HOMOSEXUELLES AYANT EU RECOURS À LA PMA

Julie Achim, Karin Ensink, Raphaële Noël et Louise-Anne Deshaies, 2015

Aujourd'hui nous allons parler de votre expérience d'accès à la maternité. J'aimerais connaître votre expérience à propos de différents sujets qui sont liés au fait de devenir parent dans un contexte d'homoparentalité, en ayant recours à la PMA et à un don de gamètes. J'aimerais également vous poser des questions sur votre expérience des soins et services reçus en PMA.

Les questions que je vais vous poser ont été préparées pour être demandées dans un certain ordre que je dois suivre pour des raisons méthodologiques. Il est possible que je sois parfois obligée de passer plus rapidement sur certains sujets ou au contraire m'attarder à d'autres. Je dois fonctionner de cette façon en fonction des informations qu'on aura préalablement discuté ou non et ainsi faire en sorte que l'entrevue ne soit pas trop longue pour vous.

Avant que l'on commence, est-ce que vous avez des questions?

Question générale concernant le projet de bébé

1. Pouvez-vous nous raconter l'histoire de votre projet de bébé et la manière dont vous l'avez vécue ?

Questions de relance, si nécessaires

Concernant le choix du recours à la PMA et le choix du donneur

- 1.1 Qu'est-ce qui fait que vous avez choisi de recourir à la procréation médicalement assistée et à un don de gamètes ?

- 1.2 Comment cela s'est décidé ?

- 1.3 Comment avez-vous choisi le donneur ?

- 1.4 Comment avez-vous vécu ce choix (PMA + don) ?

Si aborde uniquement sa propre perspective, relancer sur le couple :
comment avez-vous vécu ce choix au sein de votre couple ?

Si aborde uniquement la perspective du couple, relancer sur elle-même :
vous personnellement, comment avez-vous vécu ce choix ?

Concernant le soutien social à l'égard du projet de bébé

- 1.5 Pouvez-vous me parler des réactions de vos proches à votre projet de bébé et de la manière dont vous avez vécu ces réactions (ou : et de ce qu'elles vous ont fait vivre) ?

- 1.6 De quelle façon vous sentez-vous soutenue (ou pas) par eux ?

NB : Faire élaborer (donner un exemple) quant au soutien et à l'absence de soutien si certains proches sont soutenant et d'autres ne le sont pas.

Concernant la situation conjugale

- 1.7 Qu'est-ce que ça représente pour vous de devenir parent avec votre conjointe ?
Qu'est-ce que ça vous fait vivre ?
- 1.8 Avez-vous l'impression que ce projet de bébé vous a rapprochées, votre conjointe et vous-même, ou au contraire, qu'il vous a éloignées ?
- 1.9 Que croyez-vous que cela changera entre vous et votre conjointe ?
- 1.10 Diriez-vous qu'il s'agit davantage d'un projet personnel ou d'un projet de couple ?
- 1.11 Quels défis avez-vous vécus en tant que couple par rapport à ce projet ?
- 1.12 Y a-t-il eu des désaccords majeurs entre vous sur certains sujets concernant ce projet ?
Si la réponse est oui, demander : Pouvez-vous me donner un exemple ?
Si la réponse est non, demander : Pouvez-vous me donner un exemple de ce sur quoi vous étiez en accord ?

Concernant le fait de devenir mère

- 1.13 Qu'est-ce que vous fait vivre le fait de devenir mère, d'attendre un bébé ?
- 1.14 Avez-vous des attentes particulières à cet égard ?
- 1.15 Avez-vous des préoccupations particulières à cet égard ?
- 1.16 Quel genre de mère imaginez-vous que vous serez ?
- 1.17 À qui pourriez-vous ressembler comme mère ?
- 1.18 Quel genre de mère imaginez-vous que votre conjointe sera ?
- 1.19 À qui pourrait-elle ressembler comme mère ?
- 1.20 Que pensez-vous que lui font vivre le fait que vous soyez enceinte et le fait de devenir mère ?
- 1.21 Pensez-vous qu'elle a des attentes particulières à ces différents égards ?
- 1.22 Pensez-vous qu'elle a des préoccupations particulières à cet égard ?

Question générale concernant l'expérience de la PMA et du réseau de la santé

- 2. Pouvez-vous me raconter votre parcours de soin à travers la PMA et le réseau de la santé et la façon dont vous avez vécu ces expériences ?

Questions de relance, si nécessaires

- 2.1 Comment vous êtes-vous senties accompagnées par les différents professionnels que vous avez rencontrés ?
- 2.2 Avez-vous des suggestions, des conseils ou des informations que vous aimeriez transmettre aux différents professionnels qui vous ont accompagnées afin de développer les services offerts aux couples lesbiens ?
NB : Parler plutôt en termes d'amélioration des services si quelque chose en ce sens a été mentionné

- 2.3 Avez-vous l'impression qu'ils sont informés et sensibles à ce que fait vivre le processus de PMA aux couples qui y ont recours ?
 Pouvez-vous me donner un exemple ?
 NB : En termes de procédures médicales (besoins d'info à cet égard, exigences de ces procédures en termes de temps; procédures douloureuses et intrusives), de renoncements, de questionnements éthiques, d'inquiétudes quant aux potentiels jugements de la part d'autrui.
- 2.4 En terme d'attitudes et de réactions à l'égard de votre homosexualité ou de votre homoparentalité de la part des divers intervenants rencontrés, diriez-vous que votre expérience s'avère plus positive ou plus négative que ce à quoi vous vous attendiez ?
 Pouvez-vous me donner un **exemple d'une expérience positive** ?
 Pouvez-vous me donner un **exemple d'une expérience négative** ?
- 2.5 Avez-vous l'impression qu'ils sont informés et sensibles à la réalité et aux besoins spécifiques des couples lesbiens qui souhaitent devenir parent ?
Pouvez-vous me donner un exemple ?
- 2.6 Avez-vous l'impression qu'ils sont à l'aise avec le fait d'intervenir auprès de couples lesbiens ?
Pouvez-vous me donner un exemple ?
- 2.7 Avez-vous l'impression d'avoir été confrontées à des attitudes hétéronormatives ?
Si oui, pouvez-vous me raconter ? Comment avez-vous vécu cela ?
- 2.8 Avez-vous l'impression d'avoir fait l'objet d'attitudes ou de comportements homophobes ?
Si oui, pouvez-vous me raconter ? Comment avez-vous vécu cela ?
- 2.9 Avez-vous l'impression que l'expérience de votre conjointe diffère de la vôtre à ces divers égards ?
Si oui, demander : De quelle façon ?
Si non, demander : Pouvez-vous m'en dire plus ? ou Pouvez-vous me donner des exemples de ce qui est semblable pour vous deux ?

Question générale concernant la transmission d'une histoire des origines à l'enfant

3. Avez-vous eu l'occasion de réfléchir à ce que vous direz à votre enfant concernant l'histoire de ses origines ?
Pouvez-vous m'en parler ?
Si la réponse est non : Qu'est-ce qui vous viendrait spontanément comme façon de la lui raconter ?

Questions de relance, si nécessaires

- 3.1 Que comptez-vous dire à votre enfant à l'égard du fait d'avoir eu recours à un donneur ?
- 3.2 Est-ce que vous et votre conjointe voyez cela du même œil ?
- 3.3 Qui a pris l'initiative de penser et de discuter de cela entre vous ?
- 3.4 Êtes-vous en accord ou en désaccord à ce sujet ?

3.5 Qu'est-ce qui a représenté le plus grand défi pour vous dans cette discussion et cette décision ?

Question générale concernant les particularités de la maternité homosexuelle

4. Y a-t-il à votre avis des **particularités** propres au fait de devenir parent lorsqu'on est une femme homosexuelle ?
5. Y a-t-il à votre avis des **besoins** particuliers qui sont propres au fait de devenir parent lorsqu'on est une femme homosexuelle ?

Question générale pour clore l'entrevue

6. Au terme de cette entrevue, y a-t-il autres choses que nous n'avons pas abordées jusqu'à présent et qui vous semblent importantes ?
7. Nous avons maintenant terminé. Pourriez-vous me dire comment vous avez vécu cette entrevue ?

Remercier la participante.